993

MANUAL DE MEDICARE 1·9·9·3

Incluye Informacion Para Beneficiarios Sobre:

- ★ **BENEFICIOS DE MEDICARE**
- ★ **MEDICOS Y SUPLIDORES PARTICIPANTES**
- ★ **SEGUROS DE SALUD PARA SUPLEMENTAR AL MEDICARE**
- ★ **LIMITES A LA CUBIERTA DE MEDICARE**

PUBS
RA
412
.3
Y688
1993

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS EE.UU.
ADMINISTRACION PARA EL FINANCIAMIENTO DEL CUIDADO DE LA SALUD

#24

RA
412.3
.Y688
1993

Library
Security Blvd.
Maryland 21244

SI USTED TIENE PREGUNTAS

Sobre	Ejemplos	Comuníquese con
Inscripción en Medicare A y B	¿Cómo me inscribo en Medicare? Se me perdió la tarjeta, ¿qué hago?	La Administración de Seguro Social 1-800-772-1213
Quien paga primero	Tengo otro seguro de salud en adición al de Medicare.	Su patrono o el proveedor del servicio (véase las páginas 7 y 8 para más información)
Pagos para la parte B	¿Cuánto pagará Medicare en mi última factura del médico? ¿Cuándo recibo una explicación sobre los beneficios de Medicare?	Agente de la Parte B (en la lista alfabética por estado en las páginas 31 a 35).
Médicos que aceptan asignación en todas las reclamaciones	¿Dónde puedo conseguir una lista de médicos participantes en mi área?	Representante de la Parte B (en la lista alfabética por estado en las páginas 31 a 35).
Calidad de cuidado médico	Creo que me dieron de alta del hospital muy temprano. Contraje una infección del pulmón en el hospital mientras recibía tratamiento para una cadera fracturada.	Organización de Revisión de Normas Profesionales (PRO, por sus siglas en inglés), en la lista alfabética por estado en las páginas 36 a 39. **No** llame al PRO con preguntas sobre sus facturas de Medicare.
Pagos de la Parte A	Recibí un estado de cuenta del hospital. ¿Pagará Medicare la factura completa?	El personal en el hospital, hogar para ancianos, u otras facilidades. (Véase "Intermediarios y Agentes" en la página 2 para más información).
Comprando seguros Medigap	¿Necesito seguros adicionales? ¿Cómo escojo una póliza?	Su departamento estatal de seguros (véase las páginas 6 a 7 para más información).
Reportando fraude en Medigap	Me vendieron una póliza que provee beneficios que ya tengo con Medicare.	Su departamento estatal de seguros (ver páginas 3 a 4 para más información) y llame al 1-800-638-6833.
Asistencia económica	No tengo suficiente dinero para pagar mis primas de Medicare o coseguros. ¿Puedo conseguir ayuda?	Su agencia estatal de servicios sociales o salud pública (véase la página 4 para más información).
Reportando fraude en Medicare	Recibí una factura para un servicio que no recibí.	Primero, el representante o intermediario de Medicare (véase la página 3 para más información).

SOBRE ESTE MANUAL

Medicare paga muchos de sus gastos para el cuidado de su salud, pero **no los cubre todos**. Es importante que usted sepa qué paga Medicare y qué no paga. Este manual le ayudará a entender cómo funciona el programa de Medicare y sus beneficios. Puede usar el índice alfabético al final del manual para buscar información sobre temas específicos.)

No Se Pierda

❑ El Método de Pago por Asignación

Muchos médicos y suplidores han acordado en ser parte del programa para médicos y suplidores participantes. Aceptan la cantidad aprobada por Medicare como pago completo en todas las reclamaciones a Medicare. Si usted recibe servicios médicos de uno de estos médicos o suplidores participantes, a menudo puede ahorrar dinero. Véase la página 22 para más información sobre el método de pago por asignación, y qué usted puede hacer para encontrar un médico o proveedor participante.

❑ Sus derechos de apelación

Encontrará un mensaje importante sobre sus derechos en las páginas 40 a 41. En las páginas 26 y 27 se explica cómo apelar cuando Medicare no paga sus reclamaciones para la Parte A o la Parte B.

❑ Si Necesita Ayuda Económica para Pagar el Cuidado de su Salud

A veces usted puede recibir ayuda para pagar Medicare. Véase la página 4 para más información.

❑ Nueva Información sobre Seguros Complementarios al Medicare

Algunas personas desean seguros para cubrir gastos médicos que Medicare no cubre. Véase las páginas 6 a 7 para enterarse sobre seguros complementarios al Medicare "Medigap", incluyendo un nuevo período abierto para inscripción.

❑ Nuevos Beneficios

Se explican los beneficios recientemente añadidos en Medicare Parte B para exámenes del cáncer - mamografías y pruebas de Papanicolaou - en la página 19.

❑ ¿Quién paga primero?

Medicare no es siempre el primer asegurador que paga las reclamaciones. Por ejemplo, algunas personas están empleadas, o su cónyuge está empleado(a), y el seguro de salud del patrono paga primero. Para más información sobre quién paga primero, véase las páginas 6, 7 y 8.

❑ Dónde llamar o escribir

Ver el interior de la portada del frente para enterarse sobre donde llamar o escribir para sus preguntas sobre Medicare.

Las intenciones de este Manual son explicar el programa de Medicare, pero no es un documento legal. Las provisiones del programa de Medicare están en las leyes, reglamentos, y decisiones jurídicas.

INDICE

¿Qué es Medicare? 1

Las dos partes de Medicare 1
¿Quién puede recibir El Seguro Hospitalario de Medicare (Parte A)? 1
¿Quién puede recibir El Seguro Médico de Medicare (Parte B)? 1
La compra de las Partes A y B de Medicare 1
Inscripción en Medicare 1
Su tarjeta de Medicare 2
Intermediarios y Agentes 2
Organizaciones de Revisión de Normas Profesionales [Peer Review Organizations; **PROs**] 2
Su derecho de decidir sobre su cuidado médico 3
Fraude y abuso 3
Ayuda para beneficiarios con ingresos bajos 4
Sus derechos bajo comparación de datos 4

Los Planes de Medicare Coordinados para el cuidado de su salud 5

¿Qué son Los Planes Coordinados? 5
¿Quién puede inscribirse en los Planes Coordinados? 5
Afiliación con un Plan Coordinado para el cuidado de su salud 5
Terminación de su afiliación con un Plan Coordinado 5
Si tiene problemas 5

Medicare y Otros Seguros 6

La compra de seguros de salud complementarios al Medicare (Medigap) 6
Cuando otros seguros pagan primero que Medicare 7

Lo que Medicare no paga 9

Servicio custodial 9
Cuidado que no se considera razonable ni necesario bajo las normas del programa de Medicare 9
Servicios no pagados por Medicare 9
Limites de responsabilidades 9

Seguro Hospitalario de Medicare (Parte A) 10

Qué incluye La Parte A de Medicare 10
Cómo Medicare paga los Servicios en la Parte A 10
Cuando usted es un paciente 10
Servicio en facilidades de enfermería especializadas 12
Servicio de la salud en el hogar 13
Servicio en un hospicio 14

Seguro Médico de Medicare (Parte B) 16

Lo que incluye la Parte B de Medicare 16
Deducibles y coseguros bajo la Parte B 16
Servicios médicos cubiertos por la Parte B de Medicare 16
Una segunda opinión antes de una cirugía 17
Servicios de profesionales especiales 17
Servicios ambulatorios en un hospital 17
Otros servicios y suministros cubiertos por Medicare 18
Drogas y Productos Biológicos 21
Pagos de Medicare para tratamiento no hospitalario en una enfermedad mental 21

Pagos bajo el Seguro Médico de Medicare (Parte B) 22

El método de pago por asignación 22
Suplidores y médicos participantes 22
Si su médico no acepta la asignación 22
Proveedores participantes 22
Cantidades aprobadas por Medicare 22
Sometimiento de reclamaciones a la Parte B 23
Explicación de su notificación de beneficios en la Parte B de Medicare 24

Obtención de la Parte de Medicare que usted no Tiene 25

Obtención de Seguro Médico de Medicare (Parte B) 25
Obtención de Seguro Hospitalario de Medicare (Parte A) 25
Período especial para inscripción 25

Sucesos que pueden cambiar su protección de Medicare 26

Cuándo termina la protección para personas con 65 años o más 26
Cuándo termina la protección para los incapacitados 26
Cuándo termina la protección para personas con fallo permanente del riñón 26

Cómo Apelar decisiones hechas por Medicare 26

Apelación de decisiones hechas por proveedores de servicios en la parte A 26
Apelación de decisiones hechas por Organizaciones de Revisión de Normas Profesionales (PROs) 27
Apelaciones de decisiones hechas por intermediarios en reclamaciones a la Parte A 27
Apelación de decisiones hechas por agentes en reclamaciones a la Parte B 27
Apelaciones de decisiones hechas por organizaciones para mantenimiento de la salud [Health Maintenance Organizations; HMOs] 27
Para más información 28

Apéndices 29

Gráficas: Servicios cubiertos por Medicare 29
Agentes de Medicare 31
Organizaciones de Revisión de Normas Profesionales [Peer Review Organizations; PROs] 36
Un mensaje importante de Medicare 40

Indice Alfabético 42

¿Qué es Medicare?

El programa de Medicare es un programa federal de seguro de salud para personas 65 años o más y algunas personas impedidas. Lo dirige la Administración de Financiamiento del Cuidado de la Salud del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE.UU. Por todo el país las oficinas de la Administración de Seguro Social aceptan solicitudes de Medicare y proveen información general sobre el programa.

Las dos Partes de Medicare

El Programa Medicare se compone de dos partes. **Seguro Hospitalario (Parte A)** ayuda a pagar por cuidado de un paciente interno en un hospital, en una facilidad de enfermería especializada, cuidado de salud en el hogar y cuidado en un hospicio. **El Seguro Médico (Parte B)** ayuda a pagar los servicios de médicos, servicios ambulatorios en un hospital, equipo médico duradero, y varios otros servicios médicos y productos que no los cubre la parte de Medicare que cubre servicios hospitalarios. En cada parte de este manual, cualquier referencia a Seguro Hospitalario de Medicare se conocerá como Parte A y cualquier referencia a Seguro Médico de Medicare se conocerá como Parte B.

La Parte A tiene deducibles y coseguros, pero la mayoría de las personas no tiene que pagar primas para la Parte A (véase la página 25). La Parte B de Medicare tiene primas, deducibles, y cantidades de coseguros que tiene que pagar usted mismo o a través de otro plan de seguros. Se fijan las cantidades para primas, deducibles, y coseguros cada año de acuerdo a las fórmulas establecidas por ley. Las cantidades nuevas en los pagos empiezan cada enero 1. Usted será notificado cuando haya aumentos a las cantidades. Para las cantidades de deducibles, primas, y coseguros, véase las tablas en las páginas 29 y 30 de este manual.

¿Quién puede obtener el Seguro Hospitalario de Medicare (Parte A)?

Generalmente, las personas de 65 años o más pueden obtener beneficios sin primas de la Parte A de Medicare, basado en su empleo o en el empleo de su cónyuge. (Sin primas significa que no hay pagos mensuales. La mayoría de personas no paga primas por la Parte A de Medicare.) Usted puede obtener la Parte A de Medicare sin primas si tiene 65 años o más y:

- Usted recibe beneficios bajo el sistema de Seguro Social o de Retiro de Ferroviario.
- Usted puede obtener beneficios bajo el sistema de Seguro Social o de Retiro de Ferroviario pero no los ha solicitado.
- Usted o su cónyuge tenía un empleo en el gobierno cubierto por Medicare.

Si usted es menor de 65 años, puede obtener beneficios bajo la Parte A de Medicare sin primas si ha sido un beneficiario incapacitado del sistema Seguro Social o la Junta de Retiro Ferroviario por más de 24 meses.

Algunos empleados del gobierno y algunos miembros de sus familias también pueden obtener Medicare cuando están incapacitados por más de 29 meses. Deben solicitar con la Administración del Seguro Social tan pronto estén incapacitados.

O, puede ser posible obtener beneficios sin primas de la Parte A de Medicare si usted recibe diálisis continua para un fallo permanente del riñón o si ha recibido un trasplante renal. (Las personas que pueden obtener Medicare a causa de enfermedades del riñón pueden obtener una copia de *Cubierta de Medicare para Diálisis del Riñón y Servicios de Trasplantes del Riñón* del Centros de Información al Consumidor. Ver la portada interior al dorso para instrucciones sobre cómo pedir esta información.)

Verifique con la Administración de Seguro Social para saber si ha trabajado una cantidad de tiempo suficiente bajo la Administración de Seguro Social, la de Retiro de Ferroviario, como un empleado del gobierno, o una combinación de estos sistemas para obtener beneficios de la Parte A de Medicare. Generalmente, si usted o se cónyuge trabajó por diez años, puede obtener beneficios de la Parte A de Medicare sin primas.

¿Quién puede Obtener el Seguro Médico de Medicare (Parte B)?

Cualquier persona que pueda obtener beneficios de la Parte A de Medicare sin primas basado en el empleo descrito arriba puede inscribirse en la Parte B, pagar las primas mensuales en la Parte B (en 1993, la prima para la mayoría de los beneficiarios será $36.60), y obtener beneficios en la Parte B. En adición, la mayoría de los residentes de los Estados Unidos de 65 años o más pueden inscribirse en la Parte B.

Para comprar de la Parte A y la Parte B de Medicare

Si usted no tiene suficientes créditos en el empleo para calificar para beneficios de Medicare en la Parte A y tiene 65 años o mas, quizá puede comprar las Partes A y B de Medicare - o solamente la Parte B de Medicare - con el pago de primas mensuales. Además, puede comprar las Partes A y B de Medicare si está incapacitado y perdió la protección de la Parte A sin primas solamente porque está trabajando. (Ver la página 26 para más información.)

Inscripción en Medicare

Si usted ya recibe pago de beneficios de la Administración del Seguro Social o del Sistema de Retiro de Ferroviario al cumplir 65 años, le llegará una tarjeta de Medicare automáticamente por correo. La tarjeta demostrará que usted puede obtener ambos beneficios de Medicare, la Parte A para Seguro Hospitalario, y la Parte B para Seguro Médico. Si usted no desea obtener la Parte B, siga las instrucciones que llegan con la tarjeta.

El proceso antes mencionado también aplica cuando usted ha sido un beneficiario incapacitado bajo el Sistema de Retiro de la Administración del Seguro Social o Ferroviario por 24 meses. Una tarjeta de Medicare le llegará en el correo.

Algunas personas no reciben una tarjeta de Medicare automáticamente. Deben radicar una solicitud para obtener

beneficios de Medicare. Si usted no ha solicitado beneficios del Seguro Social o Ferroviario, o si tiene empleo en el gobierno o una enfermedad del riñón, usted debe radicar una solicitud para Medicare. Verifique con la Administración del Seguro Social si puede obtener Medicare bajo el sistema de Seguro Social o basado en empleo con el gobierno cubierto por Medicare; verifique con la oficina de Retiro Ferroviario si cualifica para Medicare bajo el Sistema de Retiro Ferroviario.

Si tiene que solicitar Medicare, debe hacerlo durante el período inicial de inscripción; así evita penalidades por inscripción tardía bajo la Parte B de Medicare (a menos que cualifique por un período especial de inscripción que está descrito en la página 25). Su período inicial de inscripción es de siete meses que comienza tres meses antes del mes que primero cumple los requisitos para Medicare. Si no se inscribe durante los primeros tres meses de su período inicial de inscripción, habrá una demora en el comienzo de su cubierta en la Parte B. Su protección llevará una demora de uno a tres meses después de su inscripción.

Si no se inscribe en la Parte B de Medicare **en algún momento** durante su período inicial de inscripción, no tendrá más oportunidades de inscribirse hasta el próximo período de inscripción. Hay un período general de inscripción cada año entre enero 1 y marzo 31. Es posible que también se le cobrará una penalidad de prima por inscripción tardía (a menos que cualifique por un período especial de inscripción como está descrito en la página 25).

Los requisitos y penalidades para el período de inscripción descritos arriba para la Parte B también aplican a las personas que compran la Parte A. (Vea la página 42 para más información sobre la compra de la Parte A de Medicare.)

Su tarjeta de Medicare

La tarjeta de Medicare muestra la cubierta que usted tiene Seguro Hospitalario (Parte A), Seguro Médico (Parte B), o ambos - y la fecha en que comenzó su protección. Si no tiene ambas partes de Medicare, véase la página 41 para información sobre cómo puede obtener la parte que no tiene.

Su tarjeta de Medicare también muestra su número de reclamación de seguro de salud. A veces se refiere a este número de reclamación como su número de Medicare. El número de reclamación normalmente tiene nueve dígitos y una o dos letras. También puede estar incluído otro número después de la letra. Hay que incluir su número de reclamación entero en todas las reclamaciones y correspondencia a Medicare. Cuando un esposo y su esposa tienen Medicare, cada uno recibe una tarjeta y número de reclamación separados. Cada cónyuge debe utilizar el nombre y número de reclamación exactamente como aparece en su tarjeta.

Es importante que recuerde:

- usar su tarjeta de Medicare solamente a partir de la fecha de vigencia indicada en la tarjeta.
- siempre tener su tarjeta a la mano. Asegúrese de llevar su tarjeta con usted cuando esté fuera de su casa.
- siempre mostrar su tarjeta de Medicare cuando recibe servicios en que Medicare ayuda en el pago.
- siempre escribir su número de reclamación de seguro de salud (incluyendo alguna letra) en todos los cheques para pago de primas de Medicare o alguna correspondencia sobre Medicare. Además, usted debería tener su tarjeta de Medicare disponible cuando haga preguntas por teléfono.
- pedir una tarjeta nueva a la Administración de Seguro Social inmediatamente si se le pierde la tarjeta.
- nunca prestar su tarjeta de Medicare a otra persona.

Intermediarios y Agentes

El gobierno federal tiene contratos con organizaciones de seguros privados llamados **intermediarios** y **agentes** para procesar reclamaciones y hacer pagos de Medicare.

Intermediarios procesan las reclamaciones que los hospitales sometan a nombre suyo. También tramitan reclamaciones para pacientes internos y ambulatorios sometidos a nombre suyo por facilidades de enfermería especialidada, agencias de servicio de salud en el hogar, hospicios, y otros proveedores de servicios.

Normalmente no necesita comunicarse con los intermediarios porque Medicare paga directamente a la mayoría de los hospitales, facilidades de enfermería especialidada, agencias de servicio de salud en el hogar, hospicios, y otros proveedores de servicios. Sin embargo, si tiene alguna pregunta sobre su factura de la Parte A, pida ayuda a alguien que trabaja en las facilidades médicas. Si allí no puede conseguir una respuesta, pida ayuda de alguien en la oficina de facturación de las facilidades para que le ayude a comunicarse con el intermediario de Medicare.

Agentes tramitan reclamaciones hechas por servicios de médicos y otros suplidores cubiertos bajo la Parte B del programa de Medicare. Si tiene preguntas sobre las reclamaciones de la Parte B de Medicare, puede comunicarse con su agente de Medicare. Las direcciones y números de teléfono de los agentes se encuentran en las páginas 31 a 35.

Organizaciones de Revisión de Normas Profesionales

Las organizaciones que revisan la calidad de servicios de Medicare (Peer Review Organizations - PROs, por sus siglas en inglés), son grupos de médicos profesionales y otros profesionales en el cuidado de salud a quienes les paga el gobierno federal para revisar el cuidado que se suministra a pacientes de Medicare. Cada estado tiene un PRO que decide, para propósitos de pagos de Medicare, si el cuidado es razonable, necesario, y provisto en el lugar más apropiado. Los PRO también deciden si el cuidado cumple con las normas de calidad generalmente aceptadas por la profesión médica. Los PRO tienen la autoridad de denegar pagos si el cuidado no es médicamente necesario o no fue suministrado en el lugar más apropiado.

Los PRO investigan quejas individuales de los pacientes sobre la calidad de cuidado. Los PRO también responden a solicitudes para revisión de notificaciones de no-cubierta que los hospitales emiten a los beneficiarios; y los PRO responden a solicitudes de parte de beneficiarios, médicos, y hospitales para reconsideración de decisiones de PRO.

Si usted está admitido en un hospital que participa en Medicare, recibirá *Un Mensaje Importante de Medicare*, que explica sus derechos como un paciente interno en el hospital y le provee el nombre, dirección, y número de teléfono del PRO en su estado. En la página 40 hay una copia del mensaje.

Si usted cree que le negaron admisión a un hospital injustamente o que fue forzado a salir del hospital muy temprano, pida una explicación de la decisión por escrito. Tal notificación escrita debe explicar completamente cómo usted puede apelar la decisión y debe proveerle el nombre, dirección, y número de teléfono del PRO donde se puede someter su apelación o solicitud de revisión. (Vea la página 26 para más información sobre sus derechos de apelación bajo Medicare.)

Quejas del Beneficiario

Los PROs son responsables de revisar quejas de los beneficiarios sobre la calidad del cuidado provisto por hospitales para pacientes internos, departamentos para pacientes ambulatorios en el hospital, y salas de emergencia en los hospitales; facilidades de enfermería especializada; agencias de servicio de salud en el hogar, centros de servicios quirúrgicos ambulatorios; y algunas organizaciones para mantenimiento de la salud.

Si usted cree que ha recibido cuidado de una calidad pobre provisto por una de estas facilidades, puede quejarse al PRO. La PRO investigará quejas escritas de los beneficiarios o sus agentes sobre la calidad de servicios de Medicare recibidos.

Hay que someter su queja por escrito. Si usted desea, la PRO le ayudará a escribir su queja al tomar su información por teléfono y escribiendo la queja. Si alguna persona que no sea el PRO hace la queja por usted o en su nombre, usted debe dar permiso escrito para que esa persona le represente en la queja.

Los PROs de Medicare por estado se encuentran en las páginas 36 a 39.

Su derecho de decidir sobre su cuidado médico

Bajo una nueva ley de Medicare, cuando usted es admitido a un hospital o facilidades de enfermería especializada afiliados a Medicare recibe cuidado de salud de Medicare en el hogar, o se registra en un hospicio u organización para mantenimiento de la salud certificado por Medicare, **usted debe obtener información escrita sobre sus derechos de hacer decisiones sobre su cuidado médico.**

Generalmente se le informará de su derecho de aceptar o negar tratamiento médico o quirúrgico. También se le informará sobre su derecho de hacer - si desea - "directrices por adelantado". Una directriz por adelantado contiene instrucciones escritas que plantea las alternativas que usted puede escoger en el cuidado de su salud o que nombra alguna persona que le escogería estas alternativas. Se utilizarán estas instrucciones si está muy enfermo o de otra forma no puede hablar. (Se puede referir a la hoja que plantea sus alternativas en el cuidado de su salud como un "testamento en vida" o una "carta de poder para cuidado de salud".)

A usted no se le requiere tener una directiva por adelantado. Sin embargo, si la tiene, puede contestar "sí" por adelantado al tratamiento que desee si está tan enfermo que no puede hablar con su proveedor de cuidado de salud. También pueden decir "no" por adelantado al tratamiento que no desea.

Las leyes que rigen las directivas adelantadas varían entre estados. Sus alternativas para tratamiento dependerán de lo que se considera como legal en su estado. Ud puede preguntar a los profesionales del cuidado de salud en su estado sobre las reglas del estado sobre testamentos en vida o cartas de poder. También puede comunicarse con alguien en la oficina del fiscal de su estado para esta información.

Fraude y Abuso

Se debe reportar cualquier sospecha de fraude

Si usted tiene razón para creer que un médico, hospital, u otro proveedor de servicios de cuidado de salud está realizando servicios innecesarios o que no sean apropiados, o que está facturando a Medicare por servicios que usted no recibió, usted debe reportarlo inmediatamente al representante o intermediario de Medicare que tramite sus reclamaciones (véase la página 3).

Si le ofrecen artículos o servicios gratis, usted debe inmediatamente reportar la oferta al representante o intermediario de Medicare. Es ilegal que los médicos y suplidores de equipo médico duradero hagan rutina de dejar de cobrar los deducibles y los conseguros. Se pueden condonar los pagos para coseguros y deducibles solamente después de hacer una consideración detallada de las dificultades en el estado económico de un paciente.

Informe primero al Agente o Intermediario de Medicare

Llame primero al agente o intermediario cuando sospeche que ha habido fraude. El número de teléfono del intermediario o agente de Medicare se encuentra en la notificación que explica la decisión de Medicare en su reclamo a Medicare. También se encuentran agentes de Medicare en las páginas 31 a 35.

Informes al Inspector General

Si el agente o el intermediario no responde de una manera adecuada a su informe de fraude o abuso de Medicare, usted debe llamar al Departamento de Servicios Sociales, Línea Directa a la Oficina del Inspector General libre de cargos (1-800-638-6833). Usted no tiene que pagar cuando llame a este número.

Prepárese a informar al/a la operador/a:

- El origen exacto de la fechoría que usted sospecha; la fecha en que ocurrió, y el nombre y dirección de la parte implicada.
- El nombre y localización del intermediario o agente donde usted lo reportó, y cuándo lo reportó.
- El nombre de cualquier empleado del intermediario o del agente con quien usted habló y qué le dijo esa persona.

Si usted es socio de una Organización para el Mantenimiento de su Salud [HMO, Health Maintenance Organization]

Si usted es socio de un HMO y tiene razones para creer que su HMO no le suministrara el cuidado necesario, le removió del registro de una forma incorrecta, le cobró una prima excesiva, o falsificó o hizo una representación falsa de información, repórtelo directamente a la Oficina del Inspector General al número de teléfono o a la dirección mencionados arriba. También repórtelo a la Oficina del Inspector General si un HMO se niega a inscribirle o desalienta su inscripción a causa de su salud o a causa de su necesidad por servicios médicos.

Ayuda económica para beneficiarios con ingresos bajos

Por ley federal, los programas estatales de Medicaid deben pagar los costos de Medicare para algunos ancianos incapacitados con ingresos bajos y recursos muy limitados. (Se describen los recursos abajo.)

Puede cualificar para esta ayuda aunque no haya trabajado suficiente tiempo para poder obtener el seguro hospitalario sin primas bajo la Parte A de Medicare. (Si no trabajó suficiente tiempo para poder obtener el seguro hospitalario sin primas, y califica en todas las otras formas, el estado le pagará sus primas en la Parte A.)

Si cualifica, normalmente no tiene que pagar de su propio bolsillo las primas, deducibles, y coseguros de Medicare.

Para cualificar

- Debe obtener Seguro Hospitalario de Medicare (Parte A).
- El nivel anual de sus ingresos debe estar cerca de los niveles nacionales de pobreza. Los niveles de pobreza para 1993 están en $7,050 para una persona y $9,430 para una familia de dos personas.
- Usted no puede tener recursos tales como cuentas de banco ni acciones y bonos por valor de más de $4,000 para un individuo o $6,000 para una pareja. Cuando su estado considera sus recursos, no cuenta su hogar, automóvil, terreno para su entierro, muebles, prendas, o seguros de vida, a menos que esos artículos sean de valor extraordinario.

Donde solicitar

Si usted cree que califica para ayuda económica, y ya tiene la Parte A en Medicare, usted debe radicar una solicitud en la agencia de asistencia social estatal o local, de servicios sociales, o de salud pública que da servicios a las personas en Medicaid. **Todas estas agencias son estatales - no son federales.**

Si usted cree que califica para ayuda pero no tiene ya la Parte A de Medicare, debe comunicarse con la Administración de Seguro Social. Quizá necesita radicar una solicitud para la parte A de Medicare.

Qué Debe Pedir

Cuando se comunique con la oficina estatal o local de Medicaid, pregunte sobre el programa de Medicare para Beneficiarios Calificados o el programa de pagos de primas de Medicare "Buy-In". Explique que usted cree que califica para ayuda económica en el pago de sus costos de Medicare y desea saber cuándo y dónde puede radicar una solicitud.

Sus derechos bajo la comparación de datos

En 1988, el Congreso aprobó una ley que permite comparar la información que usted suministra al gobierno a través de una computadora. Usted debe estar consciente de que cuando el gobierno recoge información suya o la utiliza, el mismo debe actuar bajo guías específicas para proteger su privacidad. El gobierno debe:

- decirle, al momento de recoger la información, por qué la información es necesaria y cómo será utilizada.
- asegurarse que la información personal se utiliza solamente por las razones dadas, o pedirle su permiso cuando considere necesario o tenga otro propósito para su uso.
- permitirle la oportunidad de corregir errores en su expediente.

(Vea la página 8 sobre la comparación de datos que utiliza información de Medicare, el Servicio de Rentas Internas, y Seguro Social.)

Planes de Servicios Coordinados bajo Medicare

¿Qué son Planes Coordinados?

Más y más beneficiarios de Medicare se están haciendo socios de planes coordinados para el cuidado de su salud. Estos planes coordinados son planes prepagados y administrados, y la mayoría son organizaciones para mantenimiento de la salud (HMOs) o planes médicos competitivos (Competitive Medical Plans, CMPs). Los HMOs y los CMPs tienen un contrato con Medicare y siguen las mismas reglas en contratación. En este manual, se utilizarán los HMOs para ilustrar los beneficios para ambos.

Muchos beneficiarios encuentran que los planes coordinados son una buena manera de obtener más cuidado de salud por menos dinero. Los HMOs proveen o hacen arreglos por todos los servicios cubiertos por Medicare, y generalmente le cobra a usted primas mensuales fijas y nada más que copagos nominales. Esto significa que si usted se hace socio de un plan coordinado y recibe todos sus servicios a través del HMO, los costos en que usted tiene que incurrir normalmente son más fáciles de controlar. Además, según sean las necesidades de salud que tenga, estos costos pueden ser menos de lo que usted pagaría si fuera responsable por las cantidades regulares en deducibles y coseguros de Medicare.

Los planes coordinados también pueden ofrecer beneficios que Medicare no cubre a ningún costo adicional o a un costo nominal. Los beneficios pueden incluir cuidado preventivo, cuidado dental, prótesis auditivas, y espejuelos.

¿Quién puede inscribirse en los Planes Coordinados para el cuidado de la salud?

La mayoría de los beneficiarios de Medicare son elegibles para inscribirse en los HMOs. Los HMOs no pueden hacer exámenes para verificar su estado de salud ni demorar cubierta para condiciones preexistentes. La única condición de Medicare para la inscripción en HMOs es que:

- Usted tiene que estar inscrito en la Parte B de Medicare y continuar pagando las primas de la Parte B (usted no tiene que cualificar para la Parte A).
- Usted debe vivir en el área de servicio del plan.
- Usted no puede estar recibiendo cuidado de salud de un hospicio certificado por Medicare.
- Usted no puede tener un fallo permanente del riñón.

Si usted desarrolla un fallo permanente del riñón o seleccionar cubierta del hospicio después de hacerse socio de un plan coordinado, el plan proveerá, pagará, o hará arreglos para su cuidado. Si selecciona obtener cuidado en un hospicio después de hacerse socio de un plan coordinado, el plan deberá informarle sobre los servicios de hospicio disponibles en su área. El personal en el plan coordinado le explicará cómo la selección de un hospicio afecta su asociación con el plan.

Como hacerse socio de un plan coordinado para el cuidado de la salud

Para hacerse socio de un plan coordinado, comuníquese con planes en su área que tienen un contrato con Medicare. Toda HMO tiene un período anunciado de inscripción por lo menos una vez al año. Una vez que usted se haga socio, puede quedarse con el plan cuanto tiempo desee. Y puede volver al Medicare regular en cualquier momento.

Si usted se inscribe en un plan coordinado, normalmente se le requiere obtener todo su cuidado de ese plan. En la mayoría de los casos, si usted recibe servicios que la HMO no autoriza (a menos que sean servicios de emergencia, o servicios que usted necesita urgentemente cuando está fuera del área de servicio del plan) **ni el plan ni Medicare pagará por los servicios.**

Cuando usted se haga socio de una HMO, asegúrese de leer sus materiales de asociación cuidadosamente para informarse sobre sus derechos y la cubierta.

Terminación de inscripción en un plan coordinado

Para terminar su inscripción en un plan coordinado, envíe una solicitud con su firma al plan o a la oficina local de la Administración de Seguro Social o de la Junta de Retiro de Ferroviario. Usted vuelve a Medicare regular el primer día del mes siguiente al mes que una de estas oficinas recibe su solicitud.

Si tiene Problemas

Si usted es socio de una HMO de Medicare y está insatisfecho con la calidad de cuidado, usted puede:

- Seguir el procedimiento sobre quejas de su HMO.
- Quejarse a la organización de revisión de normas profesionales en su área (PRO). Los PROs consisten en grupos de médicos profesionales y otros profesionales para el cuidado de la salud bajo contrato con Medicare para revisar el cuidado que se le provee a pacientes de Medicare (véase la página 2).

Si usted cree que su HMO ha tomado una decisión incorrecta sobre cubierta de beneficios o pago de una reclamación usted puede ejercer sus derechos de apelación - derechos que son semejantes a los provistos bajo Medicare regular. (Véase la página 26 para más información sobre apelaciones.)

NOTA: Una opción nueva para complementar a Medicare, conocida como Medigap, ahora está disponible en algunos estados. Es una clase de plan coordinado para el cuidado de salud llamado Medicare SELECT (Véase la Página 6 para más información).

Si necesita más información sobre Medicare y planes coordinados, puede conseguir una copia de *Medicare y los Planes de Cuidado Coordinado* del Centro de Información al Consumidor (véase el interior de la contraportada).

Medicare y Otros Seguros

La compra de seguros de salud para complementar a Medicare (Medigap)

Medicare provee la protección básica contra el costo alto del cuidado de su salud, pero no pagará todos sus gastos médicos, ni los gastos para cuidado a largo plazo. Por lo tanto, muchas compañías privadas de seguros venden seguros para complementar al Medicare (seguros Medigap) también como seguros aparte para el cuidado de la salud a largo plazo. El gobierno federal no vende ni da servicio a tales seguros.

Solicitud de Seguros Medigap

Si está considerando la compra de una nueva póliza privada de seguros, o el reemplazo de una póliza vieja para complementar su protección de Medicare o para cubrir gastos de cuidado a largo plazo, usted debe decidir con cautela. Usted puede conseguir el folleto, *Guía de Seguros de Salud para Personas con Medicare*, para ayudarle con las decisiones sobre polizas complementarias de Medicare. (Ver el recuadro abajo para más información sobre la guía.)

Nuevo Período de Inscripción para Pólizas de Medigap

Un nuevo período de inscripción está abierto para la selección de pólizas de Medigap que garantiza que por los **seis meses subsiguientes a su inscripción en la Parte B de Medicare**, a las personas 65 años o más no se les puede negar seguros Medigap ni se les puede cobrar primas más altas a causa de problemas con la salud. Aún cuando usted compra una póliza de Medigap y cambia a otro dentro del período abierto para inscripción de seis meses (usted puede cambiar tantas veces desee) siempre puede obtener la garantía de inscripción abierta. Esta ley abarca todas las pólizas de Medigap en vigencia después del 5 de noviembre del 1991.

No importa la forma en que usted se inscribe en la Parte B - ya sea por notificación automática o por un período de inscripción inicial, especial, o general - se le cubren las nuevas garantías si puede contestar sí a las dos expresiones siguientes:

- Usted tiene 65 años o más y está inscrito en Medicare basado en su edad en vez de por incapacidad.
- La fecha obtenida al sumar seis meses a la fecha en vigencia para su cubierta en la Parte B (impresa en su tarjeta de Medicare) es en el futuro. La fecha que obtiene le informa cuando termina su inscripción abierta en Medigap.

NOTA: Aunque se le garantiza inscripción, su póliza de Medigap quizá no le proveerá servicios para una condición preexistente hasta que el período de espera de seis meses haya pasado.

Nuevas pólizas uniformes de Medigap

Durante el 1992, la mayoría de los estados adoptarán reglamentos que limitan la venta de seguros Medigap a un número de pólizas uniformes que no sea mayor de 10. Una de las 10 será una póliza que ofrece una cantidad de beneficios en forma de "oferta-núcleo". Cada una de las demás nueve pólizas tendrá una combinación distinta de beneficios, pero todos incluirán el núcleo de beneficios. La póliza básica, que ofrece el núcleo de beneficios, estará disponible en todos los estados.

Para enterarse cuando las pólizas nuevas uniformes estarán disponibles en su estado, y cuántas de las 10 han sido o posiblemente serán aprobadas para la venta, verifique con se departamento del seguro del estado. El número de teléfono de su departamento de seguros del estado probablemente se encuentra bajo "agencias del gobierno" en su guía telefónica. Si no, usted puede obtener una copia de la *Guía de Seguros de Salud para Personas con Medicare* (vea el recuadro).

Si usted ya tiene una póliza Medigap, puede quedarse con ella. Usted no tiene que cambiarse a una de las nuevas pólizas uniformes. Sin embargo, si compra una póliza nueva, probablemente se le requerirá seleccionar uno de los nuevos planes uniformes.

Medicare SELECT

Hay una nueva clase de seguro Medigap programada para presentarse en 15 estados comenzando en 1992. Se llama Medicare SELECT. La diferencia entre Medicare SELECT y los seguros de Medigap uniformes es que a los beneficiarios de Medicare que compran una póliza de Medicare SELECT se les cobrará una prima menor a cambio de acordar utilizar los servicios de ciertos profesionales designados en el cuidado de su salud. Los aseguradores escogerán a estos profesionales, llamados "proveedores preferidos".

Los aseguradores, inclusive algunos HMOs, ofrecen Medicare SELECT de la misma manera que se ofrecen los seguros Medigap uniformes. Se requiere que las pólizas cumplan con ciertas normas federales y los regulan los estados en que están aprobados.

Los estados donde se espera que las pólizas Medicare SELECT estarán disponibles son Alabama, Arizona, California, Florida, Indiana, Kentucky, Michigan, Minnesota, Missouri, North Dakota, Ohio, Oregon, Texas, Washington, y Wisconsin. Si usted vive en uno de estos estados, puede preguntar a su departamento de seguros del estado sobre las pólizas de Medicare SELECT que han sido aprobadas para la venta en su estado.

Usted puede pedir una copia de la *Guía de Seguros de Salud para Personas con Medicare* del Centro de Información al Consumidor. En el interior de la contraportada de este folleto hay información para hacer un pedido. La guía:

- Explica la forma que funcionan los seguros complementarios.
- Explica cómo buscar seguros Medigap.
- Ofrece información sobre los nuevos planes uniformes.
- Ofrece información sobre Medicare SELECT.
- Tiene una lista de nombres, direcciones, y números de teléfono de departamentos de seguros del estado y agencias estatales para asuntos de la vejez. Es posible que en algunas de estas oficinas haya servicios disponibles de orientación libres de costo.

Planes Coordinados en vez de Medigap

Los planes coordinados que tienen contratos con Medicare no son planes Medigap. Sin embargo, pueden ser una alternativa a los seguros Medigap uniformes. (Véase las páginas 5 para más información sobre planes coordinados.)

Hay reglas sobre la venta de seguros Medigap

Las leyes federales y estatales rigen las ventas de seguros Medigap. Las compañías o agentes que venden seguros Medigap tienen que evitar ciertas prácticas ilegales. Se pueden imponer penalidades federales criminales y civiles (multas) a cualquier compañía o agente de seguros que comete lo siguiente, a sabiendas:

- Le vende una póliza que duplica cubierta de Medicare, Medicaid, o sus seguros de salud privados.
- Le dice que ellos son empleados o agentes del programa de Medicare o de cualquier agencia gubermental.
- Hace una declaración falsa de que una póliza cumple con normas legales para certificación cuando esto no es cierto.
- Le vende una póliza que no es una de las nuevas pólizas uniformes aprobadas (después de que hayan establecido las nuevas normas en su estado).
- Le niega su período de inscripción abierta en Medigap al negarle la entrega de una póliza, poner condiciones en la póliza, o discriminar en el precio de una póliza a causa del estado de su salud, experiencia en reclamaciones, recibo de cuidado de salud, o su condición médica.
- Utiliza el correo de los EE.UU. en un estado para anunciar o hacer entrega de pólizas de seguros de salud para suplementar a Medicare si las pólizas no han sido aprobadas para la venta en ese estado.

Si usted sospecha que ha habido prácticas de ventas ilegales

Si usted sospecha que ha sido víctima de prácticas de ventas ilegales, usted debe de informar estas prácticas a su Departamento del Seguro estatal. Los estados son responsables de la regulación de pólizas de seguros que se emiten dentro de sus fronteras. Ya que también existen leyes federales que rigen prácticas de ventas de Medigap, usted debe también reportar las prácticas a los oficiales federales apropiados.

Su Departamento de Seguros del Estado puede ser incluido en su guía telefónica. Si no, usted puede obtener una copia del folleto titulado *Guía de Seguros de Salud para Personas con Medicare* (véase el encasillado en la página 6).

Para hablar con oficiales federal sobre las prácticas ilegales en ventas, usted puede llamar a este número: 1-800-638-6833.

Cuando otros seguros pagan antes que Medicare

Si alguna de las siguientes situaciones de seguros aplica a usted, favor de notificar a su médico, hospital, y todos los demás proveedores de servicios.

Cuando usted o su cónyuge continúa a trabajando

Medicare tiene reglas especiales que aplican a los beneficiarios que tienen cubierta de un plan de salud grupal con el patrono a través de su empleo o el empleo de un cónyuge.

Los planes de salud grupales de patronos con 20 empleados o más son aseguradores primarios y Medicare es el asegurador secundario para empleados de 65 años o mas, y sus cónyuges de 65 años o más. Los planes de salud grupal deben ofrecer a estas personas los mismos beneficios de seguros de salud bajo las mismas condiciones ofrecidas a empleados y a sus cónyuges de menor edad. Usted y su cónyuge tienen la opción de rechazar el plan que ofrece el patrono. Si usted rechaza el plan de salud del patrono, Medicare permanece siendo el asegurador primario de seguro de salud En este caso, no se permite que el plan del patrono le ofrezca cubierta que complemente servicios cubiertos por Medicare. Si su patrono le niega cubierta, le ofrece una cubierta diferente, o paga beneficios que son secundarios a los de Medicare, notifique al agente que tramita sus reclamaciones de Medicare.

Para más información, comuníquese con su patrono o pida a la Administración de Seguro Social una copia de *Medicare: Planes de Salud del Patrono.* Esta publicación también está disponible en el Centro de Información al Consumidor (vea el interior de la contraportada).

Si usted es menor de 65 años de edad y está incapacitado

Medicare es el asegurador secundario para algunas personas incapacitadas que tienen la Parte A de Medicare sin pagar primas y están cubiertas bajo un plan de salud del patrono o el plan de salud del patrono de un empleado miembro de la familia. Esta disposición de asegurador secundario aplica a planes de salud grupales de patronos que tienen 100 empleados o más. Bajo ciertas condiciones, la disposición del asegurador secundario también aplica a planes de salud grupales de patronos con menos de 100 empleados.

Para más información, comuníquese con su patrono o pida una copia de *Medicare: Planes de Salud del Patrono* a la Administración de Seguro Social. La publicación también está disponible en el Centro de Información al Consumidor (véase el interior de la contraportada).

Otras situaciones en que Medicare es el asegurador secundario

Si usted tiene una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo, los beneficios de seguro por compensación para trabajadores o beneficios federales para enfermedad pulmonar minera deben cubrir los servicios provistos como tratamiento de esa enfermedad o lesión. Es importante que en su formulario de reclamaciones a Medicare usted indique que el tratamiento está relacionado a una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo, aún cuando la enfermedad o lesión ocurrió en el pasado.

Medicare es el asegurador secundario durante un período (generalmente 18 meses) para beneficiarios que tienen Medicare solamente a base de fallo permanente del riñón, si tienen cubierta de un plan grupal de salud de un patrono ellos mismos o a través de un miembro de la familia.

Medicare también sirve como asegurador secundario en los casos donde seguros no contencioso o seguros de responsabilidad pública sean el pagador principal.

Aunque los beneficios de Medicare sean secundarios a los beneficios pagados por aseguradores de responsabilidad pública, Medicare puede hacer un pago **condicional** si recibe una reclamación para servicios cubiertos por seguros de responsabilidad pública. En esos casos, Medicare podría pagar la reclamación; luego, cuando se llega a una conciliación, Medicare recupera su pago condicional de la cantidad acordada.

Si usted tiene o puede obtener beneficios de medicare y de veteranos

Si usted tiene o puede obtener beneficios de Medicare y de veteranos, usted puede escoger tratamiento bajo cualquiera de los dos programas. Sin embargo, Medicare:

- No puede pagar por servicios que usted recibe de hospitales para Asuntos de Veteranos (VA) ni otras facilidades VA, excepto ciertos servicios de emergencia en el hospital; y
- Generalmente no puede pagar si el VA paga por servicios autorizados que usted recibe de un hospital que no está administrado por el VA o de un médico no empleado por el VA.

Desde julio del 1986, el VA ha cobrado pagos de coseguros a algunos veteranos que tienen condiciones no relacionadas al servicio militar para tratamiento en un hospital VA o facilidades médicas, o para tratamiento autorizado por el VA por fuentes no relacionadas con el VA. VA cobra pagos de coseguros cuando los ingresos del veterano exceden un nivel determinado. Si VA le cobra coseguros por **cuidado autorizado por la VA por un médico u hospital no relacionado con VA**, es posible que Medicare reembolse, completamente o parcialmente, por su coseguros a la VA.

NOTA: Medicare no puede reembolsarle pagos de coseguros a VA por servicios suministrados en hospitales y facilidades de VA, a menos que los servicios sean de emergencia a pacientes internos o ambulatorios de un **hospital**. En este caso, el pago de Medicare está sujeto a cantidades del deducible y coseguros.

Si usted no está seguro si VA o Medicare debe pagar sus servicios médicos u otros servicios cubiertos bajo la Parte B de Medicare, comuníquese con su agente de Medicare. Si usted no está seguro si VA o Medicare debe pagar por servicios hospitalarios u otros servicios cubiertos bajo la Parte A de Medicare, pida que el proveedor de servicios verifique con el intermediario de Medicare.

La comparación de datos

En el año 1989, el Congreso aprobó una ley que ayudará al Medicare recuperar un billón de dólares en dinero contributivo. Esta ley facilitará a Medicare conseguir información correcta sobre seguros de salud para beneficiarios.

La ley autoriza a la Administración de Financiamiento para el Cuidado de la Salud (la agencia que administra el programa Medicare), el Servicio de Rentas Internas, y la Administración del Seguro Social a compartir información sobre si los beneficiarios de Medicare o sus cónyuge están trabajando, y si tienen seguros de salud relacionados con el empleo.

El proceso de compartir información de otras agencias se llama comparación de Datos. La comparación de Datos facilitará al Medicare encontrar casos donde otro asegurador deberá pagar primero en las reclamaciones de salud para beneficiarios de Medicare. Un contratista designado por Medicare se comunicará con los patronos para confirma información sobre cubierta de seguros de salud (Para información sobre sus derechos bajo el la comparación de datos, véase la página 4).

Lo que Medicare No Paga

Servicio Custodial

Medicare no paga servicio custodial cuando éste es el único cuidado que necesita. El servicio se considera custodial cuando su propósito principal es ayudarle con el diario vivir o para proveer necesidades personales y que podrían ser provistos de una manera segura y razonable por personas sin destrezas ni adiestramiento profesional. Se considera como servicio custodial a mucho del cuidado provisto a personas con enfermedades o incapacitados en hogares para ancianos. Por ejemplo, servicio custodial incluye ayuda para caminar, subir y bajarse de la cama, vestirse, comer, y tomar medicinas. Aún cuando usted está en un hospital participante o facilidad de enfermería especializada, Medicare no cubre su estadía si usted solamente necesita servicio custodial.

Cuidado que no se considera razonable ni necesario bajo las normas del programa de Medicare

Medicare no paga por servicios que no sean razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Estos servicios incluyen medicinas o aparatos que no han sido aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA); procedimientos médicos y servicios realizados utilizando drogas o aparatos no aprobados por la FDA;* y servicios, incluso los medicamentos y aparatos que no se considera que sean seguros ni efectivos porque son experimentales o que están bajo prueba.

Cuando un médico le admite a un hospital o una facilidad de enfermería especializada, cuando el tipo de cuidado que usted necesita se puede proveer en otro lugar (por ejemplo, en su hogar o en una facilidad para pacientes ambulatorios), no se le considerará su estadía como razonable y necesaria, y Medicare no pagará por la misma. Si usted está internado en un hospital o en una facilidad de enfermería especializada por más tiempo de lo necesario, los pagos de Medicare terminarán cuando el cuidado por pacientes internos ya no es razonable y necesario.

Si un médico (u otro profesional) va a su casa a darle tratamiento - o usted le visite para tratamiento - más veces de lo que es médicamente necesario, Medicare no pagará por las visitas "adicionales". Medicare no pagará por más servicios de lo que sean razonables y necesarios para su tratamiento.

Medicare siempre basa sus decisiones sobre lo que se considera razonable y necesario según consejos médicos profesionales.

Servicios que Medicare no paga

Por ley, Medicare no puede pagar por algunos servicios. Estos incluyen servicios realizados por familiares inmediatos o miembros de su hogar, y servicios pagados por otro programa del gobierno. Si usted tiene una pregunta sobre si Medicare paga un servicio en particular, pregunte a su agente de Medicare. (Vea las páginas 31 a 35 para el nombre y teléfono de su agente.)

Límites de responsabilidad

Bajo la ley de Medicare usted no será responsable por el pago del costo de algunos servicios del cuidado de salud a los que se le negó pago de Medicare si usted no sabía o no se podía esperar de una forma razonable (es decir, que no había recibido una notificación escrita) que Medicare no cubría los servicios. Esta disposición se llama limitación responsabilidad y a menudo se le refiere como "renuncia a la de responsabilidad." Esta protección de responsabilidad económica aplica solamente cuando se denegó servicio porque era uno de los siguientes:

- Servicio custodial.
- No era "razonable y necesario" bajo las normas del programa de Medicare para diagnostico ni tratamiento.
- Para servicios del cuidado de salud en el hogar, el paciente no estaba confinado a la casa o no recibía servicios de enfermería especializada de manera intermitente.

Esta disposición de limitación de responsabilidad no aplica a los servicios de la Parte B de Medicare que provee un suplidor no-participante que no aceptó asignación de la reclamación.

Esta disposición para limitación de responsabilidad no aplica bajo la mayoría de las circunstancias a los servicios en la Parte B suministrados por un médico no-participante que no aceptó asignación de la reclamación. Sin embargo, en ciertas situaciones la ley de Medicare le protegerá de pagar por servicios provistos por un médico no-participante, que no estén asignados y que se les niega como "no razonables y necesarios". Si su médico sabe o debe saber que Medicare no pagará por un servicio en particular [conocido como] "no razonable y necesario," él o ella debe darle notificación escrita - antes del realizar el servicio - de las razones por qué él o ella cree que Medicare no pagará por los servicios. El médico debe obtener su acuerdo de pagar por estos servicios por escrito. Si usted no recibió esta notificación, no se le requiere pagar por el servicio. Si ya lo pagó, usted posiblemente tendrá derecho a un reembolso.

*Medicare no cubre algunos servicios aún cuando la FDA los haya aprobado.

Seguro Hospitalario de Medicare (Parte A)

Lo que la Parte A de Medicare cubre

La Parte A de Medicare ayuda pagar cuatro tipos de cuidado que son médicamente necesarios:

1) Servicio hospitalario para pacientes internos.
2) Servicio para pacientes internos en una institución de enfermería especializada después de una estadía en un hospital.
3) Servicio de salud en el hogar.
4) Servicio en un hospicio.

Hay un límite sobre la cantidad de días en un hospital o facilidad de enfermería especializada que Medicare ayuda a pagar en cada período de beneficios. Sin embargo, se renueva su protección bajo la Parte A cada vez que comienza un nuevo período de beneficios (Abajo se explican los períodos de beneficios).

El servicio en una institución de enfermería especializada es la única clase de servicio cubierto por Medicare. **Medicare no paga por el tipo de servicio que es principalmente custodial.** (Véase la página 9 y 13 para más información sobre servicio custodial.)

Períodos de beneficios

Un período de beneficios es una manera de medir su uso de servicios bajo la Parte A de Medicare. Su primer período de beneficios comienza la primera vez que usted es admitido a un hospital después de que comienza su seguro hospitalario. Un período de beneficios termina cuando le han dado de alta de un hospital u otra institución de enfermería especializada o servicios de rehabilitación por 60 días corridos (incluyendo el día en que le dieron de alta). Si usted permanece en una institución (que no sea un hospital) que principalmente provee servicios con enfermeras especializadas o de rehabilitación, un período de beneficios termina cuando no ha recibido cuidado especializado por 60 días corridos.

No hay límite al número de períodos de beneficios que usted puede tener para servicio hospitalario o cuidado en una institución de enfermería especializada. No obstante, hay períodos especiales con beneficios limitados que aplican al servicio en un hospicio (véase la pág 14 y 15).

Aquí hay dos ejemplos de la forma en que funciona el período de beneficios:

Ejemplo # 1: La Señora López es admitida al hospital el 5 de enero. Le dan de alta el 15 de enero. Ella ha utilizado 10 días de su primer período de beneficios. La Sra. López no está hospitalizada de nuevo hasta el 20 de julio. Ya que más de 60 días han transcurrido entre el día en que fue dada de alta y el día en que la admitieron nuevamente al hospital, ella empieza con un nuevo período de beneficios, su cubierta bajo la Parte A se renueve completamente, y pagará otra vez el deducible al hospital. (Se explica el deducible al hospital en la página 11.)

Ejemplo # 2: La Señora Martínez es admitida al hospital el 14 de agosto. Le dan de alta el 24 de agosto. Ella también ha utilizado 10 días de su primer período de beneficios. Sin embargo, la vuelven a admitir al hospital el 20 de septiembre. Ya que han transcurrido menos de 60 días entre el día en que fue dada de alta y el día en que la admitieron nuevamente al hospital, la Sra. Martínez todavía se encuentra en su primer período de beneficios y no se le requiere pagar otro deducible al hospital. Esto significa que se cuenta al primer día de su segunda admisión al hospital como el undécimo día de cuidado hospitalario en ese período de beneficios. La Sra. Martínez no comenzará con un nuevo período de beneficios hasta que haya permanecido fuera del hospital (y no haya recibido servicio de ninguna institución de enfermería especializada) por 60 días consecutivos.

La forma en que paga Medicare servicios de la Parte A

La Parte A de Medicare ayuda a pagar la mayoría pero no todos los servicios que usted recibe en un hospital o institución de enfermería especializada o de un programa de una agencia para el cuidado de salud o de un hospicio. Hay servicios cubiertos y servicios no cubiertos bajo cada clase de cuidado. Los servicios y productos y equipo son los servicios cubiertos pagados por la Parte A.

Los hospitales, facilidades de enfermería especialidada, agencias para el servicio de salud en el hogar y hospicios se llaman "proveedores" bajo el programa en la Parte A de Medicare. Los proveedores someten sus reclamaciones directamente a Medicare - usted no puede someter reclamaciones por sus servicios. El proveedor le cobrará a usted por cualquier cantidad que no haya cubierto del deducible y cualquier pago que debe en coseguros. Los proveedores no pueden obligarle a pagar un depósito antes de que le admitan para servicio como paciente interno que la Parte A de Medicare cubre o pueda cubrir.

Cuando un hospital, facilidad de enfermería especializada, agencia de servicio de salud en el hogar, u hospicio envía una reclamación a la Parte A para pago a Medicare, usted recibe una Notificación de Uso que le explica la decisión hecha por Medicare sobre el reclamo. **Esta notificación no es una factura.** Si usted tiene alguna pregunta sobre la notificación, comuníquese con quien le envió la notificación.

Cuando usted es un paciente hospitalizado

La Parte A de Medicare ayuda a pagar por el cuidado de un paciente interno en un hospital si se cumple con **todas** las siguientes condiciones:

1) Un médico receta servicio de paciente interno para el tratamiento de su enfermedad o lesión.
2) Usted requiere la clase de atención que solamente se provee en un hospital.
3) El hospital participa en el programa de Medicare.*
4) El Comité de revisión del Uso del plan, una PRO, o un intermediario no desaprueba su estadía.

---

* Bajo ciertas condiciones, Medicare ayuda pagar por tratamiento de emergencia que usted recibe en un hospital no participante.

Si usted cumple con estas cuatro condiciones, Medicare le ayudará a pagar hasta 90 días de cuidado hospitalario en cada período de beneficios.**

Durante el año 1993, desde el primer día hasta el día 60 en un hospital durante cada período de beneficios, la Parte A paga todos los servicios cubiertos menos los **primeros** $676. Esto se llama el deducible para un paciente interno en un hospital. (Un deducible es la cantidad que usted debe antes de que Medicare comience a pagar por servicios, productos y equipo cubiertos por el programa.) **El hospital le puede cobrar el deducible solamente por su primera admisión durante cada período de beneficios.** Si le dan de alta y le vuelven a admitir al hospital antes de que termine el período de beneficios, usted no tiene que volver a pagar el deducible.

Desde el día 61 al 91 en un hospital durante cada período de beneficios, la Parte A paga todos los servicios cubiertos excepto **$169 diarios.** Esta cantidad diaria se conoce como coseguro. El hospital le cobra esta cantidad.

Los días de reserva en el hospital (explicados abajo) le pueden ayudar con sus gastos si usted necesita más de 90 días de servicio en un hospital como paciente interno en un período de beneficios.

La Parte A de Medicare no paga los servicios de médicos y ciertos otros profesionales, aunque usted reciba estos servicios en un hospital. En cambio, esos servicios son cubiertos bajo la Parte B de Medicare. (Una descripción de la Parte B de Medicare comienza en la página 16.)

Servicios principales cubiertos bajo la Parte A cuando usted es un paciente interno en un hospital:

- Una habitación semiprivada (dos a cuatro camas en una habitación).
- Todas las comidas, incluyendo dietas especiales.
- Servicios regulares de enfermeras.
- Costos de unidades de cuidado especializado, tales como cuidado intensivo o unidades de cuidado coronario.
- Drogas suplidas por el hospital durante su estadía.
- Transfusiones de sangre suplidas por el hospital durante su estadía. (Véase la página 16 para información sobre cubierta de sangre.)
- Pruebas de laboratorio que se incluyen en su factura del hospital.
- Radiografías y otros servicios radiológicos, incluyendo terapia de radiación, facturado por el hospital.
- Equipo médico como yesos, vendajes quirúrgicos, y tablillas.
- Uso de aparatos médicos, como una silla de ruedas.
- Costos de la sala de operaciones y de recuperación.
- Servicios de rehabilitación, tales como terapia física, terapia ocupacional, y servicios de patología del habla.

Algunos servicios no cubiertos bajo la Parte A cuando usted es un paciente interno en el hospital:

- Artículos de uso personal solicitados por usted, como un teléfono o televisor en su cuarto.
- Enfermeras privadas.
- Cualquier cargo adicional a un cuarto privado a menos que se determine médicamente necesario.

NOTA: Si usted no está de acuerdo con una decisión sobre la cantidad que Medicare pagará en una reclamación o si los servicios que usted recibe son cubiertos por Medicare, usted siempre tiene el derecho de apelar la decisión (véase la página 26).

Días de reserva para un paciente internado en un hospital

Medicare ayuda a pagar por servicio en un hospital hasta 90 días en cada período de beneficios. La Parte A de Medicare incluye 60 días adicionales en el hospital que usted puede utilizar si se enferma por un período largo de tiempo y tiene que permanecer en el hospital por más de 90 días. Estos días adicionales se llaman días de reserva. **Una vez que usted utiliza un día de reserva no lo puede recuperar.** Los días de reserva **no** son renovables.

Durante el año 1993, la Parte A de Medicare paga todos los servicios cubiertos **menos $338 diarios** de cada día de reserva que utiliza. Usted es responsable por pagar esta cantidad.

Usted tiene solamente 60 días de reserva durante toda la vida, y usted puede decidir cuando los desea utilizar. Después de estar internado en el hospital 90 días, usted puede utilizar todos sus 60 días de reserva, si desea. Pero usted no tiene que utilizar sus días de reserva en seguida si no desea.

Si usted no desea utilizar sus días de reserva, se lo tiene que notificar al hospital por escrito, cuando se le admite al hospital o en cualquier momento después hasta 90 días después de que le den de alta. Si usted utiliza días de reserva y luego decide que no deseaba utilizarlos, usted debe solicitar aprobación del hospital para recuperarlos.

Todos los planes de Medigap pagan alguna parte de las deudas hospitalarias después de que haya utilizado todos sus días de reserva. (Véase la página 6 para más información sobre seguros Medigap.)

Cubierta de la sangre bajo la Parte A

La Parte A ayuda pagar por sangre (sangre integral o unidades de globulos rojos concentrados), componentes de sangre, y el costo del procesamiento y administración de sangre. Si usted recibe sangre como un paciente interno de un hospital o en una facilidad de enfermería especializada, la Parte A pagará estos costos de la sangre, menos cualquier derecho sobre sangre no reemplazada que sobrepase las primeras tres pintas de sangre integral o unidades de globulos rojos concentrados por año calendario. (El cargo por sangre no reemplazada es la cantidad cobrada en algunos hospitales o facilidades de enfermería especializada.)

Usted es responsable de pagar el costo de sangre no reemplazada para las primeras tres pintas o unidades de sangre suministradas por un hospital u hospicio particular. Si le cobran estos derechos, usted tiene la opción de pagar el estipendio o de reemplazar la sangre. Si usted escoge que se reemplace la sangre, usted puede reemplazarla personalmente o hacer arreglos para que otra persona u organización le reemplace la sangre en su nombre. Un hospital o facilidad de enfermería especializada no

** Medicare solamente paga servicios limtados mientras usted está internado en un hospital psiquíatrico (véase la página 12). El hospital le puede informar sobre estos límites.

le puede cobrar por ninguna de las primeras tres pintas de sangre que usted reemplace o que haga arreglos para reemplazarla. (Si usted ya pagó o ha reemplazado sangre bajo la **Parte B** durante el año calendario, usted no tiene que cumplir con esos costos de nuevo bajo la **Parte A** de Medicare. Véase la página 31 para una explicación de cubierta de sangre bajo la Parte B de Medicare.)

Atención en un hospital psiquiátrico

La Parte A ayuda a pagar hasta 190 día de su servicio como paciente interno en un hospital siquiátrico durante toda su vida. Una vez que usted haya utilizado estos 190 días, la Parte A no paga por mas días de servicio como paciente interno en un hospital psiquiátrico.

En adición, hay una regla especial que aplica si usted está internado en un hospital siquiátrico participante al momento en que comienza su Parte A. La Administración del Seguro Social le puede dar más información.

Servicios fuera de los Estados Unidos

Medicare normalmente no paga por servicios hospitalarios o médicos fuera de los Estados Unidos. (Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, Samoa Americana, y las Islas Marianas del Norte se consideran parte de los Estados Unidos.)

Si usted está planificando un viaje fuera de los Estados Unidos, quizá desea comprar un seguro de salud especial a corto plazo para viajar al extranjero. Si tiene otros seguros de salud en adición a Medicare, verifique que su póliza cubre el cuidado de salud en un país extranjero.

Hay casos raros de emergencia en que Medicare puede pagar su cuidado en Canadá o en Méjico. Además, Medicare a veces puede pagar si un hospital Mejicano o Canadiense está más cercano a su hogar que un hospital más cercano en los Estados Unidos que le puede proveer el cuidado necesario. Si recibe tratamiento de emergencia en un hospital Canadiense o Mexicano, o si usted vive cerca a un hospital Canadiense o Mexicano, pregunte a alguien que trabaja en el hospital sobre cubierta de Medicare, o pide ayuda al hospital cuando usted se comunica con el intermediario de Medicare.

Cuidado en un Sanatorio de Ciencias Cristianas

La Parte A de Medicare ayuda a pagar servicios que usted reciba como paciente interno en un hospital o facilidades de enfermería especializada en un sanatorio de Ciencias Cristianas participante si lo opera o está en la lista de y certificado por la First Church of Christ, Scientist, en Boston. (Sin embargo, la Parte B de Medicare no pagará por el médico practicante.)

El sistema de pagos prospectivos

Medicare paga la mayoría de los servicios hospitalarios para un paciente interno bajo el Sistema de Pagos Prospectivos (SPP). Bajo SPP, se les paga a los hospitales una cantidad predeterminada por paciente dado de alta por servicios de paciente internado suministrados a beneficiarios de Medicare. Las tarifas predeterminadas se basan en categorías de pagos llamados Grupos de Diagnósticos Relacionados, o GDRs. En algunos casos, el pago de Medicare será mayor que los costos del hospital; en otros casos, el pago será menor a los costos del hospital. En casos especiales, en que los costos por cuidado necesario son extraordinariamente altos o la duración de su estadía es extraordinariamente larga, el hospital recibe pago adicional. **Sin embargo, si Medicare paga al hospital una cantidad menor que la del costo de su cuidado, usted no tiene que pagar la diferencia.**

Es importante recordar que el sistema SPP no cambia su protección bajo la Parte A de Medicare como describe este manual. SPP no determina la duración de su estadía en el hospital ni el alcance de cuidado que usted recibe. La ley requiere que hospitales participantes acepten pagos de Medicare como un pago completo, y a estos hospitales se les está prohibido facturar al paciente de Medicare por otra cosa que no sea las cantidades de deducibles y coseguros aplicables, más cualquier cantidad pagadera por artículos o servicios no cubiertos, tales como un televisor, teléfono, o una enfermera privada.

Servicio en una facilidades de enfermería especializada

La Parte A de Medicare puede ayudarle a pagar por algún cuidado en una facilidades de enfermería especializada que participa en Medicare, que sigue su estadía en un hospital. Su condición debe requerir servicios diarios de enfermería especializada o de rehabilitación especializada, los cuales para propósitos prácticos solamente pueden ser provistos en una institución de enfermería especializada. El cuidado especializado que usted recibe deberá tener su base en órdenes de un médico.

¿Qué es una facilidad de enfermería especializada?

Una facilidad de enfermería especializada es una entidad que está equipada para dar servicio especializado de enfermería. Tiene el personal y el equipo para proveer cuidado de enfermeras especializadas o servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados. El servicio de enfermería especializada significa que el cuidado solamente puede ser realizado por, o bajo la supervisión de, personal licenciado. Los servicios especilizados de rehabilitación pueden incluir tales servicios como terapia física realizada por, o bajo la supervisión, de un terapista profesional.

La mayoría de hogares para ancianos en los Estados Unidos **no** son facilidades de enfermería especialidada participantes en Medicare. En algunas facilidades, solamente ciertas partes mantienen relaciones con Medicare. Si usted no está seguro si una facilidad mantiene relaciones con Medicare como facilidad de enfermería especializada, pregunte a alguien en las oficinas de la misma. Si el personal de esa oficina no le puede informar, pida que la Administración de Seguro Social verifique con la Administración para el Financiamiento del Cuidado de la Salud

¿Cuándo puede pagar Medicare?

La Parte A de Medicare le puede ayudar a pagar servicios en una facilidad de enfermería especializada que mantiene relaciones con Medicare si usted cumple con **todas las siguientes seis condiciones**:

1) Su condición requiere servicios de enfermería especializada o de rehabilitación especializada, los cuales, para propósitos prácticos, pueden ser suministrados en un facilidades de enfermería especializada.

2) Usted estaba internado en un hospital por lo menos tres días corridos (sin contar el día que le dieron de alta) antes de que le admitieran a un facilidad de enfermería especilizada.
3) Lo admitieron a la facilidad dentro de un período corto (generalmente dentro de 30 días) después de que salga del hospital.
4) Su cuidado en la facilidad de enfermería especializada es para una condición que le trataron en el hospital, o para una condición que contrajo durante el tiempo en que recibía cuidado en la facilidad para una condición que se trató en el hospital.
5) Un médico profesional certifica que usted necesita y que reciba servicios de una enfermera especializada o de rehabilitación especializada diariamente.
6) El intermediario de Medicare no está en desacuerdo con su estadía.

Hay que cumplir con las seis condiciones. Recuerde, que debe tener necesidad de servicios de enfermería o de rehabilitación especializada diariamente. La Parte A no pagará su estadía si usted necesita servicios de enfermería especializada o de rehabilitación ocasionalmente, como una o dos veces a la semana, o si no necesita estar internado en facilidad de enfermería especializada para obtener servicios especializados. Además, Medicare no pagará su estadía si usted está internado en una facilidad principalmente por su necesidad de servicio custodial.

¿Servicio especializado o servicio custodial?

La única clase de servicio en una casa de salud que Medicare ayuda a pagar es el cuidado en una facilidad de enfermería especilizada. Medicare no paga por servicios custodiales cuando esta es la única clase de servicios que usted necesita.

El servicio se considera custodial cuando es principalmente con el propósito de ayudar al paciente en el diario vivir o para lograr necesidades personales, y personas sin estudios ni adiestramiento especializados pueden proveer el mismo de manera segura y razonable. Por ejemplo, el servicio custodial incluye ayuda para caminar, subir a la cama y bajarse de la misma, bañarse, vestirse, comer, y tomar medicinas.

Cuando Medicare cubre su estadía en una facilidad de enfermería especializada, la Parte A ayuda a pagar hasta un máximo de 100 días en cada período de beneficios, pero solamente si usted necesita servicios de cuidado por una enfermera especializada o de rehabilitación por ese período de tiempo.

Si a usted le dan de alta de una facilidad de enfermería especializada y le vuelven a admitir dentro de 30 días, usted no tiene que cumplir con otra estadía de tres días en el hospital para que se cubra el cuidado. Si le queda alguna parte de sus 100 días y usted necesita servicios de enfermería especializada o de rehabilitación diariamente para tratamiento continuo de una condición que fue tratada durante una estadía previa en la facilidad de enfermería especilizada, Medicare ayudará a pagar el servicio.

En cada período de beneficios, la Parte A paga todos los servicios cubiertos por los primeros 20 días que usted está internado en una facilidad de enfermería especializada. Durante el año 1993, la Parte A pagará del día 21 al 100 por todos los servicios cubiertos menos $84.50 el día. El hospicio particular puede cobrarle hasta esta cantidad en coseguros diarios.

La Parte A de Medicare no cubre los servicios de su médico mientras usted está internado en una facilidad de enfermería especializada. La Parte B cubre los servicios del médico (Una descripción de la Parte B de Medicare empieza en la página 16.)

Servicios principales cubiertos bajo la Parte A cuando usted está internado en una facilidad de enfermería especializada:

- Una habitación semiprivada (entre dos y cuatro camas en cada cuarto).
- Todas sus comidas, incluyendo dietas especiales.
- Servicios regulares de enfermería.
- Terapia física, ocupacional, y del habla.
- Drogas suministradas por la facilidad durante su estadía.
- Transfusiones de sangre suministrados durante su estadía. (Véase la página 11 para información sobre la cubierta para la sangre.)
- Productos médicos, tales como tablillas y yesos suministrados por el hospicio.
- Uso del equipo, como una silla de ruedas suministrada por la facilidad.

Algunos servicios no cubiertos bajo la Parte A cuando usted está internado en una facilidad de enfermería:

- Artículos de uso personal solicitados por usted, como un televisor en su cuarto.
- Enfermeras de servicio privado.
- Cualquier cargo adicional por un cuarto privado, a menos que se le determina ser necesario médicamente.

NOTA: Si usted desea quejarse sobre el tratamiento de los pacientes en una facilidad de enfermería especializada u otras condiciones que le preocupen, usted puede comunicarse con la agencia de inspección estatal. Cada facilidad de enfermería especializada le puede brindar el número de teléfono y la dirección de la agencia de inspección estatal si usted lo pide. También puede ver una copia del último informe de inspección para certificación. El informe le dará información sobre los resultados de la revisión por parte de la agencia de inspección estatal sobre su opinión de la manera en que la facilidad siguió las reglas sobre derechos, seguridad, y calidad del cuidado del paciente. Además, si usted no está de acuerdo con una decisión sobre la cantidad que Medicare pagará en una reclamación o si los servicios que usted recibe están cubiertos por Medicare, usted siempre tiene el derecho de apelar la decisión (véase la página 26).

Servicio de la salud en el hogar

Si usted necesita servicio de salud en su hogar para el tratamiento de una enfermedad o lesión, Medicare paga servicios cubiertos de salud en el hogar suministrados por una agencia participante de salud en el hogar. Una agencia de salud en el hogar es una agencia pública o privada que se especializa en suministrar servicios de enfermería especializada y otros servicios terapéuticos, como terapia física, en su hogar. (No se puede considerar a un hospital u otra facilidad que principalmente provee servicios de enfermería especializada o servicios de rehabilitación como su hogar.)

Medicare paga visitas de salud a su hogar solamente si se satisfacen **cada una de las cuatro** condiciones siguientes:

1) Los servicios que necesita incluye cuidado intermitente de una enfermera especializada, terapia física, o terapia del habla.
2) Usted está confinado a la casa.
3) Usted está bajo el cuidado de un médico que determina que usted necesita cuidado de su salud en el hogar y le establece un plan de servicio de salud en el hogar.
4) La agencia que provee servicios de salud en el hogar es una que participa en Medicare.

Una vez se cumplan con estas cuatro condiciones, la Parte A de Medicare o la Parte B de Medicare pagará todos los servicios médicamente necesarios en el hogar. Cuando usted ya no necesita cuidado intermitente de enfermería especializada, terapia física, o terapia del habla, Medicare pagará servicios para salud en el hogar si usted aun necesita terapia ocupacional.

Los servicios de salud en el hogar bajo Medicare no incluyen servicios domésticos generales, tales como el lavado de la ropa, preparación de comidas, compras, u otros servicios de cuidado en el hogar que se suministran principalmente para ayudar a la gente a satisfacer necesidades personales, de familia, o domésticas.

Para determinar si usted puede obtener servicios bajo el beneficio de salud en el hogar por Medicare, pida a su médico que le refiera a una agencia participante de salud en el hogar. La agencia para salud en el hogar evaluará su caso para orientarle si usted cumple con los requisitos para cubierta de Medicare. las agencias para salud en el hogar no cobran por este servicio.

Servicios de salud en el hogar cubiertos por Medicare:

- Cuidado intermitente o a tiempo parcial de enfermería especializada. (Esto puede incluir ocho horas de cuidado diario razonable y necesario hasta 21 días consecutivos - o más en algunas circunstancias.)
- Terapia física.
- Terapia del habla.

Si usted necesita servicios intermitentes de una enfermera especializada, o terapia física o del habla, Medicare también paga:

- Terapia ocupacional.
- Servicios a tiempo parcial o intermitentes de ayudantes a la salud en el hogar.
- Servicios sociales médicos.
- Suministros médicos.
- Equipo médico duradero (hasta un 80% de una cantidad aprobada).

Servicios de salud en el hogar no cubiertos por Medicare:

- Cuidado de ancianos en su hogar 24 horas al día.
- Drogas y productos biológicos.
- Comidas a domicilio.
- Servicios domésticos.
- Transfusiones de sangre.

Medicare paga el costo total aprobado de todas las visitas cubiertas para salud en el hogar. Se le puede cobrar únicamente los servicios o costos que Medicare no cubre. Sin embargo, si usted necesita equipo médico duradero, usted es responsable de un pago de 20 por ciento en coseguros por el equipo.

La agencia para salud en el hogar someterá el reclamo para pago. Usted no tiene que enviar ninguna factura.

NOTA: Si usted no está de acuerdo con una decisión sobre la cantidad que Medicare pagará en una reclamación o si los servicios que usted recibe están cubiertos por Medicare, usted siempre tiene el derecho de apelar la decisión (véase la página 26).

Servicios en un hospicio

Un hospicio es una agencia pública u organización privada que participa principalmente para procurar alivio del dolor, controlar síntomas y en brindar servicios de apoyo a personas con enfermedades terminales.

El servicio en un hospicio es un servicio especial para las personas con enfermedades terminales. Incluye cuidado en el hogar y servicio a pacientes internos, cuando sea necesario, y una variedad de servicios que Medicare no cubre de otras maneras. Bajo el beneficio de hospicio con Medicare, Medicare paga servicios todos los días y también permite que un hospicio provea servicio custodial apropriado, incluyendo servicios domésticos y orientación.

La Parte A de Medicare ayuda a pagar servicio en un hospicio si se satisfacen **cada una de estas tres** condiciones:

1) Un médico certifica que el paciente tiene una enfermedad terminal.
2) El paciente elige obtener servicio de un hospicio en vez de beneficios de Medicare normales para la enfermedad terminal.
3) El servicio está suministrado por un hospicio que participa en el programa de Medicare.

Períodos especiales de beneficios aplican al cuidado en un hospicio. La Parte A paga dos períodos de 90 días cada uno, seguidos por un período de 30 días, y - cuando sea necesario - un período de tiempo indefinido. Los períodos de beneficio en un hospicio pueden ser consecutivos. Si un beneficiario cancela su cuidado en un hospicio durante uno de los primeros tres períodos de beneficios, se pierde cualquier día que sobra en ese período, pero los períodos restantes de beneficios todavía están disponibles. Además, un beneficiario puede cancelar su inscripción del hospicio durante cualquier período de beneficios, volver a cubierta de Medicare regular, y luego volver a coger el beneficio del hospicio si otro período de beneficios está disponible.

Dos ejemplos sobre períodos de beneficios:

- El Sr. López canceló los servicios en un hospicio al final de 59 días durante su primer período de beneficios de 90

días. Perdió 31 días restantes del primer período de 90 días. Sin embargo, si lo desea, puede volver a escoger servicios de hospicio. Todavía le queda un período de 90 días, un período de 30 días, y el período de tiempo indefinido.

- La Sra. Pérez canceló los servicios de hospicio durante su período de extensión final. Ella no puede volver a utilizar el beneficio de un hospicio.

No hay deducibles bajo el beneficio de hospicio. El beneficiario no paga servicios cubiertos por Medicare para tratar la enfermedad terminal, excepto unas cantidades de coseguros nominales para medicinas ambulatorias y servicio de descanso para un paciente internado.

El paciente es responsable por cinco porciento del costo de medicinas ambulatorias o $5 de cada receta, la cantidad que sea menor. Para servicio de descanso para pacientes internados el paciente paga cinco porciento de la tarifa permitida por Medicare (aproximadamente $4.48 diarios en el año 1993). La tarifa varía un poco dependiendo del área del país.

El servicio de descanso bajo el programa de un hospicio es una estadía corta como paciente internado en un hospital. La estadía del beneficiario como paciente internado de Medicare da un descanso temporero - un alivio - a la persona que normalmente ayuda con cuidado en el hogar. Cada estadía de alivio para cuidado de un paciente interno está limitado hasta 5 cinco días corridos.

Mientras recibe servicios en un hospicio, si un paciente requiere tratamiento por una condición no relacionada a la enfermedad terminal, Medicare continúa ayudando a pagar todos los servicios necesarios cubiertos bajo el programa general de beneficios de Medicare estandarizado.

Servicios cubiertos por la Parte A cuando los suministra un hospicio:

- Servicios de enfermería.
- Servicios médicos.
- Drogas, incluyendo medicinas ambulatorias para alivio del dolor y control de síntomas.
- Terapia física, terapia ocupacional, y patología del habla-lenguaje.
- Ayudante de salud en el hogar y servicios domésticos.
- Servicios sociales médicos.
- Productos y equipo médicos.
- Cuidado de un paciente internado a corto plazo, incluyendo servicio de descanso.
- Orientación.

El beneficio de hospicio en la Parte A de Medicare **no paga** tratamientos con la excepción de alivio del dolor y control de síntomas de una enfermedad terminal. El programa regular de Medicare normalmente puede ayudar con el pago de tratamientos no relacionados a la enfermedad terminal.

NOTA: Si usted no está de acuerdo con una decisión sobre la cantidad que Medicare pagará en una reclamación o si los servicios que recibe están cubiertos por Medicare, usted siempre tiene el derecho de apelar la decisión (vea la página 26).

Seguro médico de Medicare (Parte B)

Lo que incluye la Parte B de Medicare

La Parte B de Medicare ayuda pagar:

- Servicios médicos.
- Cuidado hospitalario ambulatorio.
- Pruebas diagnósticas.
- Equipo médico duradero.
- Servicios de ambulancia.
- Muchos otros servicios y productos de salud no cubiertos por la Parte A de Medicare.

Las siguientes secciones le informan más sobre estos diferentes tipos de servicios, los servicios que la Parte B de Medicare cubre y los que no cubre, y la parte de sus gastos médicos que Medicare pagará.

Cantidades de deducibles y coseguros de la Parte B

El deducible anual

Durante el año 1993, usted tiene que cubrir los primeros $100 en cargos por gastos médicos aprobados. Este se llama el deducible anual de la Parte B de Medicare. Usted necesita cumplir con este deducible solamente una vez durante el año, y lo puede cubrir Medicare con cualquier combinación de gastos cubiertos. Usted no tiene que cumplir con un deducible aparte para cada tipo de servicios cubiertos que recibe.

El deducible para sangre

Usted tiene que pagar cualquier derecho cobrado en reemplazo por las primeras tres pintas o unidades de sangre y componentes de sangre que usted utiliza cada año. (El derecho de reemplazo es la cantidad cobrada por algunos profesionales y facilidades por sangre no reemplazada). Este deducible se llama el deducible de sangre de la Parte B. Después de que usted haya reemplazado o pagado las primeras tres pintas de sangre **y** haya cumplido con el deducible anual de $100, Medicare pagará 80 porciento de la cantidad aprobada para sangre, comenzando con la cuarta pinta. (Si usted ya pagó o reemplazó algunas unidades de sangre bajo la **Parte A** de Medicare durante el año calendario, usted no tiene que volver a pagar o reemplazar ese número de unidades bajo Medicare **Parte B**.)

Coseguros

Después de que pague el deducible anual, usted deberá pagar una parte de la cantidad aprobada por Medicare para la mayoría de servicios y productos. Esta parte se llama coseguro. Normalmente, el coseguro es 20 por ciento de la cantidad aprobada por Medicare.

Medicare determina la cantidad aprobada para cada servicio que usted recibe. Si se le proveyeron servicios "**bajo asignación**", usted paga solamente los coseguros (vea la página 22 para una explicación de la asignación).

Si **no le proveyeron servicios "bajo asignación"**, y los cargos por los servicios son mayores que la cantidad aprobada por Medicare, usted normalmente debe el coseguro de Medicare más algunos cargos sobre la cantidad aprobada por Medicare. (Véase "Cantidades Aprobadas por Medicare" en la página 22.) Hay límites sobre la cantidad que su médico le puede cobrar.

NOTA: Esta explicación de sus cantidades de deducibles y coseguros describe el sistema de pago para la mayoría de los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare. En los casos en que el pago por servicios se tramite de una manera diferente, se le suministrará una explicación junto con la descripción de servicios cubiertos. (Usted encontrará más información sobre la forma en que Medicare paga las reclamaciones por la parte B en el próximo capítulo.)

Servicios médicos cubiertos por la Parte B de Medicare

La Parte B de Medicare ayuda a pagar los servicios cubiertos que usted recibe de su médico en su oficina, en un hospital, en una facilidad de enfermería especializada, en su hogar, o en algún otro lugar.

Servicios principales cubiertos por la Parte B de Medicare:

- Servicios médicos y quirúrgicos, incluyendo anestesia.
- Pruebas y procedimientos diagnósticos que son parte de su tratamiento.
- Servicios de radiología y de patología por médicos mientras usted es un paciente internado en un hospital o un paciente ambulatorio.
- Tratamiento de enfermedades mentales. (Pagos de Medicare para tratamiento no-hospitalario son limitados: véase la página 21).
- Otros servicios, tales como:
  - — Radiografías.
  - — Los servicios de la enfermera en la oficina de su médico.
  - — Drogas y biológicas que usted mismo no puede administrar.
  - — Transfusiones de sangre y componentes de sangre.
  - — Productos médicos.
  - — Terapia física/ocupacional y servicios de patología del habla.

Algunos servicios médicos no cubiertos por la Parte B de Medicare:

- Exámenes físicos rutinarios, y pruebas directamente relacionados con tales exámenes - (menos algunas pruebas de Papanicolaou y mamografias).
- La mayoría de los servicios de los pies y cuidado dental.
- Exámenes para recetar o ajustar espejuelos o prótesis auditivas.
- Vacunas (menos vacunas para pulmonía neumocócico o vacunas requeridas a causa de una herida o riesgo

inmediato de infección, y Hepatitis B para ciertas personas en riesgo.
- Cirugía cosmética, a menos que sea necesario a causa de una herida accidental o para mejorar la función de una parte deformada del cuerpo.

Tipos de médicos

La mayoria de los servicios médicos son suministrados por doctores en medicina o por osteópatas. Otros "médicos" que pueden proveer algunos servicios cubiertos incluyen quiroprácticos, médicos de medicina podíatrica (podiatras), médicos de cirugía dental o de medicina dental (dentistas), y médicos de optometría (optómetros).

Servicios de quiropráctico

Medicare ayuda a pagar solamente una clase de tratamiento suministrado por un quiropráctico licenciado: manipulación manual de la espina dorsal para corregir una subluxación demostrada en una radiografía. La Parte B de Medicare no paga ningún otro servicio diagnóstico ni terapeútico, incluyendo radiografías, suministrados por un quiropráctico.

Servicios de un podiatra

La Parte B de Medicare ayuda a pagar cualquier servicio cubierto de un podiatra licenciado para tratar lesiones y enfermedades del pie. Ejemplos de problemas comunes incluyen uñas enterradas, deformidades de dedo en martillo, juanetes, y espuelones en el talón.

Medicare normalmente no paga cuidado rutinario del pie, como cortar o remover callos, recortar uñas, y otro cuidado higiénico. Sin embargo, Medicare ayuda pagar algún cuidado del pie rutinario si a usted le está tratando un médico para una condición médica que afecta sus piernas o sus pies (tales como diabetes o enfermedad vascular periférica), que requiera que los servicios rutinarios sean realizado por un podiatra o un doctor en medicina o medicina osteopática.

Servicios dentales

La Parte B de Medicare normalmente **no** paga por servicios relacionado con el tratamiento, relleno, remoción, o reemplazo de dientes; terapia de canal radicular, cirugía para dientes impactados; u otros procedimientos quirúrgicos que envuelven los dientes o las estructuras que directamente apoyan los dientes. Sin embargo, Medicare **sí** ayuda a pagar servicios de un dentista en algunos casos cuando el problema médico se extiende más allá de los dientes o las estructuras que los apoyan directamente. (Si usted necesita ser hospitalizado a causa de la severidad de un procedimiento dental, la Parte A de Medicare pagará su estadía en el hospital como un **paciente interno** aunque el cuidado dental no esté cubierto por Medicare.)

Servicios de optometría

Medicare ayuda a pagar por cuidado de la vista cubierta por Medicare, incluyendo los servicios de un optómetra si el estado en donde él o ella practica le autoriza legalmente a realizar esos servicios. Sin embargo, Medicare no pagará exámenes rutinarios de los ojos, y normalmente no pagará espejuelos. (Medicare paga anteojos para cataratas, lentes de contacto para cataratas, o lentes intraoculares que reemplacen el lente natural del ojo después de una cirugía para cataratas. Medicare también pagará por un par de espejuelos convencionales o lentes de contacto convencionales si son necesarios después de la inserción de un lente intraocular.)

Una segunda opinión antes de una cirugía

A veces su doctor le recomendará cirugía para el tratamiento de un problema médico. En algunos casos, la cirugía es inevitable. Pero la evidencia está aumentando sobre muchas condiciones que pueden ser tratadas de una manera igual sin cirugía. Ya que hasta una cirugía menor envuelve algún riesgo, le recomendamos que consiga una opinión de un segundo médico para ayudarle decidir sobre cirugía. Medicare ayudará con el pago de la segunda opinión. Medicare también ayudará con el pago de una tercera opinión si los primeros dos confligen.

Su propio médico es la mejor fuente de referencias a otro médico. No obstante, si usted desea, usted puede llamar a su agente de la Parte B de Medicare para los nombres y teléfonos de médicos en su área que proveen segundas opiniones. (Una lista de los agentes de Medicare se encuentra en las páginas 31 a 35.)

Servicios de profesionales especiales

La Parte B de Medicare ayuda a pagar por servicios cubiertos que usted reciba de ciertos profesionales que no son médicos. Medicare debe aprobar los profesionales. Abajo se encuentra una lista de profesionales aprobados de Medicare:

- Enfermera(o) registrada(o) certificada(o) en anestesia.
- Enfermera comadrona certificada.
- Sicólogo clínico.
- Trabajador social clínico (menos uno en un hospital o facilidad de enfermería especializada).
- Ayudante médico. (Un ayudante médico puede suministrar ciertos servicios en un hospital o ciertas otras facilidades; puede servir como un ayudante en cirugía; y puede suministrar servicios en cualquier local designado como un área rural con una falta de profesionales de la salud)
- Enfermera practicante y enfermera clínica especialista en colaboración con un médico. (Una enfermera practicante puede suministrar servicios certificados por el programa de Medicaid en una facilidad de enfermería especializada o en un asilo para ancianos en cualquier área. Además, una enfermera practicante o enfermera clínica especialista puede proveer servicios en un área rural.)

Servicios ambulatorios hospitalarios

La Parte B de Medicare ayuda a pagar los servicios cubiertos que usted recibe como un paciente ambulatorio de un hospital participante para un diagnostico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Bajo algunas condiciones, Medicare ayuda a pagar por servicio ambulatorio de emergencia que usted reciba de un hospital no participante.

Cuando usted recibe servicios hospitalarios ambulatorios, usted es responsable por el deducible anual de la Parte B de Medicare. Además del deducible, usted es responsable por el

coseguro de 20 por ciento de los cargos hospitalarios por encima del deducible.

Cuando usted va a un hospital para servicios ambulatorios, a veces se le pregunta cuánto ha pagado en su deducible para la Parte B. Una manera fácil de contestar esta pregunta es la de mostrar su notificación más reciente de *Explicación de Beneficios de la Parte B de Medicare*. De este formulario, el personal en el hospital normalmente puede deducir cuánto usted ha cubierto del deducible anual de $100.

Si el hospital no puede determinar cuanto usted ha pagado en deducibles y los cargos por los servicios que usted recibió es menor de $100, es posible que el hospital le pida el pago de la factura completa. La cantidad que usted paga al hospital puede acreditarse a cualquier parte del deducible que usted no haya pagado. Si usted paga al hospital por cantidades del deducible que usted no debe, el hospital o el agente de Medicare le dará un reembolso por la cantidad que pagó.

Servicios principales de pacientes ambulatorios cubiertos por la Parte B:

- Servicios en una sala de emergencia o una clínica de pacientes ambulatorios, incluyendo cirugía realizada el mismo día.
- Pruebas de laboratorio facturadas por el hospital.
- Servicio de salud mental en un programa parcial de hospitalización psiquiátrica, si un médico certifica que, sin el mismo, se requerirá la hospitalización del paciente.
- Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital.
- Productos médicos, tales como tablillas y yesos.
- Drogas y biológicas que no pueden ser auto-administradas.
- Transfusiones de sangre suministradas a usted como un paciente ambulatorio.

Algunos servicios hospitalarios de pacientes ambulatorios no cubiertos por la Parte B:

- Exámenes físicos de rutina, y pruebas directamente relacionadas con tales exámenes (menos pruebas de Papanicolaou y mamografías).
- Exámenes del ojo o del oído para recetar o ajustar espuejelos o prótesis auditivas.
- Inmunizaciones (menos vacunas para pulmonía neumocócico, o vacunas de Hepatitis B, o vacunas requeridas a causa de una lesion o riesgo inmediato de infección).
- La mayoría de los cuidados del pie.

Otros servicios y equipos cubiertos por Medicare

Servicios de cirugía ambulatoria

Un centro de cirugía ambulatoria es una facilidad que provee servicios quirúrgicos que no requieren un a estadía en el hospital. La Parte B de Medicare pagará por el uso de un centro de cirugía ambulatorio para ciertos procedimientos quirúrgicos aprobados. Sin embargo, por ley, Medicare puede pagar únicamente a los centros que tienen un acuerdo con Medicare a participar en el programa de Medicare. Si usted no sabe si un centro de cirugía ambulatorio participa en Medicare, pregunte a alguien en la oficina de ese centro. Si esa persona no sabe, comuníquese con la Administración de Seguro Social y pida que ellos verifiquen con la Administración de Financiamiento para el Cuidado de la salud.

Además de ayudar a pagar el uso del centro quirúrgico ambulatorio, Medicare también ayuda a pagar servicios médicos y de anestesia que se proveen en conexión con el procedimiento.

Servicios de Salud en el Hogar

Si usted tiene ambas partes de Medicare, Parte A y Parte B, su Parte A paga los servicios de salud en el hogar. Sin embargo la Parte B pagará servicios de salud en el hogar si usted no tiene la Parte A. Los servicios de salud en el hogar bajo el Medicare se describen en la página 13 y 14.

Servicios ambulatorios de terapia física y ocupacional, y patología del habla

La Parte B de Medicare ayuda a pagar los servicios ambulatorios de terapia física y ocupacional, y patología del habla, si se satisfacen **cada una** de las tres condiciones siguientes:

1) Su médico receta el servicio.
2) Su médico o terapista establece el plan de tratamiento.
3) Su médico revisa ese plan periódicamente.

Usted puede recibir servicios de terapia física, terapia ocupacional, o servicios en patología del habla como paciente ambulatorio de un hospital participante o facilidades de enfermería especializada, o de una agencia participante que brinde salud en el hogar, agencia de rehabilitación, o agencia de salud pública. El proveedor de servicios puede cobrarle por solamente la cantidad del deducible anual de $100 que no haya satisfecho, el 20 porciento de la cantidad aprobada restante, y cualquier servicio no cubierto.

Además, usted puede recibir servicios directamente de un terapista físico u ocupacional independiente aprobado por Medicare en la oficina o en su hogar si un médico le receta tal tratamiento. Sin embargo la cantidad máxima que Medicare paga por cada uno de estos servicios que le provee un terapista ocupacional o físico en el año 1993 es $600 anuales. (Esto equivale al 80 por ciento de la cantidad máxima aprobada de $750.) El pago de Medicare sería menor de $600 si parte o todos los cargos por estos servicios se utilizan para satisfacer su deducible anual de $100.

Servicios ambulatorios en facilidades para rehabilitación comprensiva

En algunas circunstancias, Medicare ayuda a pagar servicios ambulatorios que usted reciba en una facilidad de rehabilitación comprensiva (CORF, por sus siglas en inglés). Los servicios cubiertos incluyen servicios médicos; terapias físicas, del habla, ocupacional, y respiratoria; orientación; y otros servicios relacionados. A usted le debe referir un médico que certifica que usted necesita servicios de rehabilitación especializados. Para la mayoría de los servicios CORF, usted es responsable solamente

por el deducible anual y 20 porciento de los cargos aprobados por Medicare. Medicare ayuda a pagar el tratamiento de salud mental en un CORF;, el límite del pago de Medicare para tratamiento de salud mental en un CORF se explica en la página 21.

Hospitalización parcial para tratamiento de Salud Mental

Hospitalización parcial significa un programa ambulatorio de cuidado activo que dura menos de 24 horas diarios. Bajo ciertas condiciones, la Parte B de Medicare ayuda a pagar hospitalización parcial por servicios de salud mental suministrados por unidades ambulatorias de un hospital y por centros de salud mental cualificados en la comunidad. Si usted está considerando tratamiento de salud mental, verifique con el programa que ha escogido para ver si satisface las condiciones para el pago de Medicare.

Servicios de salud en clínicas rurales

La Parte B de Medicare ayuda pagar por servicios de médicos, enfermeras practicantes, ayudantes médicos, comadronas enfermeras, enfermeras visitantes (bajo ciertas condiciones), psicólogos clínicos, y trabajadores sociales clínicos provistos por una clínica de salud rural. Usted es responsable solamente por el deducible de la Parte B de Medicare más 20 por ciento de los cargos aprobado por Medicare para la clínica.

Servicios de centros de salud cualificados al nivel federal

Los centros de salud que cualifican al nivel federal están localizados en áreas rurales y urbanas. Como parte del "beneficio para un centro de salud que cualifica al nivel federal", la Parte B de Medicare ayuda a pagar por servicios de médicos, enfermeras practicantes, ayudantes médicos, comadronas enfermeras, enfermeras visitantes (bajo ciertas condiciones), psicólogos clínicos, y trabajadores sociales clínicos. Además, como parte del beneficio para un centro de salud que cualifica al nivel federal, Medicare ayuda a pagar ciertos servicios preventivos. Usted **no** tiene que pagar el deducible anual en la Parte B de Medicare para los servicios provistos bajo el beneficio para un centro de salud que cualifica al nivel federal. Usted **sí** es responsable del 20 por ciento de los cargos aprobados por Medicare a la clínica.

Hay algunos servicios especializados que pueden ser provistos por un centro de salud que cualifica al nivel federal que **no** son parte del beneficio para un centro de salud que cualifica al nivel federal. Para recibir estos servicios, usted **sí** tiene que satisfacer el deducible anual de la Parte B. Siempre y cuando el centro satisfaga los requisitos de Medicare para proveer estos servicios especializados, la Parte B de Medicare puede ayudar a pagarlos. El centro le informará si el servicio que usted necesita es un servicio especializado. Por ejemplo, su centro provee pruebas de mamografías. Si a usted le hacen una mamografía en el centro, usted es responsable por cualquier parte del deducible anual de la Parte B de Medicare más 20 porciento de los cargos por la mamografía aprobados por Medicare.

Servicios de laboratorios independientes

La Parte B de Medicare paga el costo total aprobado por pruebas clínicas diagnósticas cubiertas que son provistas por laboratorios independientes que tienen la aprobación de realizarlas. El laboratorio tiene que aceptar la asignación por estas pruebas. (Vea la página 22 para una explicación de asignación.) No le pueden enviar una factura por estas pruebas.

No todos los laboratorios tienen la aprobación de Medicare y algunos laboratorios tienen aprobación solamente para ciertas clases de pruebas. Si un médico ordena pruebas en un laboratorio que no tiene autorización para realizarlas, Medicare no paga por las pruebas, y a usted se le puede requerir pagarlas. Su médico normalmente le puede decir cuáles laboratorios tienen aprobación y si las pruebas que él o ella está solicitando a hacer en un laboratorio están cubiertas por Medicare. Si su médico no le puede informar, llame a su agente en la Parte B. (Hay una lista de agentes en las páginas 31 a 35.)

Su médico debe aceptar asignación para pruebas de laboratorio diagnósticos clínicos que él o ella suministre. No se le permite a su médico facturarle a usted por estas pruebas. (Vea la página 22 para una explicación de la asignación.)

Servicios de radiografías diagnósticas portátiles

La Parte B de Medicare ayuda a pagar por servicios de radiografías diagnósticas portátiles que usted recibe en su hogar u otros lugares si las ordena un médico y los provee un suplidor aprobado por Medicare. Usted puede preguntar a su agente de la Parte B si el suplidor está aprobado por Medicare. (Hay una lista de agentes en las páginas 31 a 35)

Otras pruebas diagnósticas

La Parte B de Medicare también ayuda a pagar otras pruebas diagnósticas, incluyendo radiografías, ordenadas por su médico para evaluar sus problemas médicos.

Pruebas de Papanicolaou (Pap)

La Parte B de Medicare ayuda a pagar una vez en cada tres años la prueba 'Pap' para el cáncer de la cerviz. Medicare ayuda pagar más frecuentemente para ciertas mujeres de alto riesgo. Medicare también paga por pruebas diagnósticas de 'pap' cuando sean necesarios si hay síntomas presentes.

Pruebas para cáncer del seno (mamografía)

La Parte B de Medicare ayuda a pagar por pruebas radiografícas para la detección de cáncer del seno, si los provee un suplidor aprobado por Medicare. Las mujeres 65 años de edad o mayor puede utilizar el beneficio en años alternos. Mujeres más jóvenes, incapacitadas cubiertas de Medicare pueden utilizar el beneficio de la prueba con más frecuencia. Medicare también paga mamografías diagnósticas cuando sean necesarias si hay síntomas presentes.

Para información precisa y al día sobre la prevención, detección, diagnostico, y tratamiento del cáncer, los pacientes del cáncer, sus familias, y el público en general, llame al Servicio de Información del Cáncer al 1-800-4-CANCER.

Terapia de radiación

La Parte B de Medicare ayuda a pagar por terapia de radiación ambulatoria dada bajo la supervisión de su médico.

Diálisis del riñón y trasplantes

La Parte B de Medicare ayuda a pagar por diálisis del riñón y trasplantes. Para información detallada sobre estos servicios cubiertos, usted puede conseguir una copia de *Cubierta de Medicare para Diálisis del Riñón y Servicios de Trasplante del Riñón* del Centro de Información al Consumidor (vea el interior de la contraportada).

Trasplantes del corazón y del hígado

Bajo ciertas condiciones limitadas, la Parte B de Medicare ayuda a pagar por el trasplante del corazón y del hígado en una facilidad aprobada por Medicare. Si usted está considerando el trasplante del corazón o del hígado, usted y su médico pueden obtener información sobre la cubierta de Medicare al comunicarse con su agente de Medicare. Si usted pertenece a un HMO, la HMO le brindará la información que usted necesita sobre la cubierta de Medicare.

Transportación en ambulancia

La Parte B de Medicare ayuda a pagar transportación en una ambulancia si es médicamente necesaria, pero solamente si:

- La ambulancia, equipo, y el personal satisfacen requisitos de Medicare.
- Transportación en cualquier otro vehículo podría poner en peligro para su salud.

Bajo estas condiciones, Medicare ayuda a pagar por transportación en un ambulancia pero solamente a un hospital o facilidades de enfermería especializada, desde un hospital o facilidades de enfermería especializada a su hogar. Medicare **no** paga por el uso de una ambulancia desde su hogar a la oficina de un médico o a una facilidad de diálisis.

Normalmente, Medicare ayuda a pagar solamente si la transportación en ambulancia está dentro de su área local. Sin embargo, si no hay facilidades locales equipadas que provean el servicio que usted necesita, Medicare ayuda a pagar por transportación necesaria en ambulancia a la facilidad más cercana fuera de su área local que le pueda proveer el servicio necesario. Si hay una facilidad equipada para proveer el servicio que usted necesita pero usted elige ir a otra institución más lejos, el pago de Medicare se basa en los cargos por transportación a la facilidad más cercana que puede proveer el servicio necesario.

Equipo médico duradero

La Parte B de Medicare ayuda a pagar por equipo médico duradero, como equipo de oxígeno, sillas de ruedas, y otro equipo médicamente necesario que su médico receta para uso en su hogar. (Un hospital o facilidad que provee principalmente servicios de rehabilitación o de enfermería especializada no puede ser considerado como su hogar.)

Para ser considerado equipo médico duradero, el equipo debe poder utilizarse una y otra vez por otros pacientes, debe servir principalmente un propósito médico, no debe ser utilizado por personas que no están enfermas ni lesionadas, y debe ser apropiado para uso en su hogar. No todos los tipos de equipo que usted encuentra útiles pueden satisfacer estos cuatro requisitos.

Solamente su médico debe recetarle equipo médico. Un suplidor de equipo no debe tomar ninguna de las siguientes acciones:

- Comunicarse con usted primero, ya sea por vía telefónica o por el correo, y ofrecerle la aprobación de su médico o de Medicare para un artículo. (El suplidor puede comunicarse con usted en respuesta a llamadas de su médico u otros profesionales de la salud)
- Decir que él o ella trabaja con, o representa a Medicare.
- Entregarle equipo en su hogar que usted ni su médico haya ordenado.
- Enviarle artículos usados y facturar a Medicare por artículos nuevos.

Algunas de estas acciones pueden ser ilegales. Si usted cree que un suplidor ha actuado en alguna de estas formas, usted debe avisar a Medicare. Primero, pregunte a su médico si él o ella pidió el artículo. Si su médico no pidió el artículo, usted debe radicar una querella con su agente de Medicare. Usted puede radicar una querella por teléfono, personalmente, o por escrito. Su agente investigará.

También es ilegal si un suplidor le ofrece artículos sin costo suyo o si le ofrece pagar los coseguros de Medicare en los artículos. si un suplidor le hace una de estas ofertas, radique una querella con su agente de Medicare en la forma descrita arriba.

NOTA: El suplidor de equipo médico duradero debe tener la receta de su médico antes de entregar cualquier de los siguientes artículos: sillas elevadoras de asientos, vehículos operados por electricidad, equipo para cuidado de úlceras resultadas de presión, o estimuladores eléctricos transcutáneos para nervios. **En el caso de sillas elevadoras de asientos, Medicare cubre solamente el mecanismo elevador, no la silla.**

Medicare utiliza tres métodos de pagos para equipo médico duradero: arrendamiento - con opción a compra, compra o alquiler. Su representante de Medicare podrá proveerle con orientación más específica sobre el método a ser utilizado para un artículo en particular. (Hay una lista de agentes en las páginas 31 a 35).

Aparatos prostéticos

La Parte B de Medicare ayuda a pagar por aparatos prostéticos necesarios para sustituir un órgano interno. Estos incluyen lentes correctivos necesarios después de una operación de cataratas, bolsas para ostomía, y ciertos productos relacionados, y prótesis del seno (incluyendo un sostén quirúrgico) después de una masectomía, que estén aprobados por Medicare. Medicare también ayuda a pagar extremidades y ojos artificiales, y por abrazaderas para los brazos, piernas, la espalda, y el cuello. Medicare **no** paga por zapatos ortopédicos a menos que sean una parte integral de las abrazaderas para las piernas y el costo está incluido en los cargos para las mismas. Medicare **no** paga el costo de placas ni otros aparatos dentales.

Productos médicos

La Parte B de Medicare ayuda a pagar por vendajes quirúrgicos, tablillas, y yesos ordenados por un médico en conexión con su tratamiento médico. Esto no incluye cinta

adhesiva, antisépticos, u otros productos comunes de primeros auxilios.

Drogas y productos biológicos

La vacuna contra la pulmonía neumocócica

La Parte B de Medicare paga todos los cargos aprobados por la vacuna contra la pulmonía neumocócica y su administración. Ni el deducible anual de $100 ni los coseguros de 20 porciento aplican a este servicio.

Vacuna contra la Hepatitis B

La Parte B de Medicare ayuda a pagar por la vacuna de hepatitis B que se administra a los beneficiarios considerados de riesgo alto o intermedio para contraer la enfermedad.

Factores de coagulación para hemofílicos

La Parte B de Medicare ayuda a pagar por los factores de coagulación de sangre y artículos relacionados a su administración para pacientes hemofílicos que pueden utilizarlos para controlar hemorragias sin supervisión médica u otra supervisión. La cantidad de factores para coagulación que uno necesita tener a la mano se determina individualmente para cada paciente.

Sangre

La Parte B de Medicare ayuda a pagar por sangre y componentes de sangre que usted recibe como un paciente ambulatorio o como parte de otros servicios. (Vea la página 16 para una explicación del deducible para sangre).

Antígenos

Bajo ciertas circunstancias, la Parte B de Medicare ayuda a pagar por antígenos que su médico le prepara. Usted puede verificar con su agente de Medicare para ver si Medicare pagará el costo de sus antígenos. (Hay una lista de agentes en las páginas 31 a 35)

Drogas inmunosupresivas

A menudo se administran drogas inmunosupresivas para evitar que el cuerpo rechace órganos trasplantados. La Parte B de Medicare ayuda a pagar por drogas utilizadas en terapia imunosupresiva por un año, empezando con la fecha en que le dieron de alta de su estadía como un paciente internado en el hospital durante la cual se realizó el trasplante de un órgano cubierto por Medicare.

Epoietina

La Parte B de Medicare ayuda pagar por la droga epoietina (EPO, por sus siglas en inglés), cuando se usa para tratar a beneficiarios de Medicare con anemia relacionada con fallos crónicos del riñón, o con SIDA. (Pacientes con fallo del riñón no tienen que recibir servicios de diálisis.) La administración de EPO es incidental a los servicios del médico en su oficina o en el departamento ambulatorio en un hospital. La Parte B también ayuda a pagar por el EPO que es auto-administrado por pacientes que reciben diálisis en sus hogares o que les administran las personas encargadas de cuidarlos.

Pagos de Medicare para tratamiento no hospitalario de una enfermedad mental

Medicare ayuda a pagar por los servicios que usted recibe por tratamiento de una enfermedad mental que no sean hospitalarios. Usted puede recibir los servicios de médicos, CORFs (facilidades de rehabilitación comprensiva), ayudantes médicos, psicólogos y trabajadores sociales clínicos.

Estos servicios para el tratamiento no hospitalario de una enfermedad mental son sujetos a una **regla especial para pagos**. En efecto, una vez que se haya pagado el deducible anual, la Parte B de Medicare paga solamente el 50 por ciento (no el 80 por ciento) de los cargos aprobados para estos servicios. En reclamaciones asignadas, los beneficiarios son responsables de pagar el restante 50 por ciento. Para reclamaciones no asignadas, es posible que se les requiere a los beneficiarios que paguen más. (Vea la página 19 para información sobre pago por la asignación.)

Servicios de hospitalización parcial para tratamiento de enfermedades mentales no están sujetos a esta regla especial para pagos. Además, las visitas breves a la oficina que tienen el único propósito de evaluar o cambiar una receta utilizada en el tratamiento de enfermedades mentales no están sujetas a esta regla especial para pagos. (Vea la página 30 para más información sobre servicios de hospitalización parcial.)

Pagos bajo seguro médico de Medicare (Parte B)

El método de pago por asignación

Bajo el método de asignación, su médico o suplidor accede a aceptar la cantidad aprobada por el agente de Medicare como el pago total para los servicios cubiertos: el médico o suplidor a "acepta la asignación".

El método de asignación le puede ahorrar dinero. El médico o suplidor envía el reclamo a Medicare. Medicare paga a su médico o suplidor 80 porciento de la cantidad aprobada por Medicare, después de restar cualquier parte del deducible anual de $100 que usted no haya cubierto. El médico o suplidor le puede cobrar solamente por la parte del deducible anual de $100 que usted no haya cubierto y por los coseguros, el 20 porciento restante de la cantidad aprobada. Claro, su médico o suplidor también le puede cobrar por servicios que Medicare no cubre.

Los médicos y ciertos otros profesionales y suplidores deben aceptar asignación en todos las reclamaciones por los servicios suministrados a los beneficiarios de Medicare que son elegibles para ayuda económica mediante su programa estatal de Medicaid, incluyendo Beneficiarios de Medicare Cualificados. (Vea 'Ayuda económica para beneficiarios con ingresos bajos', en la página 4.)

Médicos y suplidores participantes

Los médicos y suplidores pueden firmar acuerdos para convertirse en **participantes en Medicare.** Los médicos y suplidores que son participantes en Medicare han accedido por adelantado a aceptar la asignación en todas las reclamaciones de Medicare. Los médicos y suplidores tienen la oportunidad de firmar acuerdos de participación cada año. Los médicos y suplidores que son participantes en Medicare pueden exhibir emblemas o certificados que demuestran que ellos aceptan asignación en todos las reclamaciones de Medicare.

Hay una lista con los nombres y las direcciones de médicos y suplidores participantes en Medicare (por área geográfica) en el *Directorio para Médicos/Suplidores Participantes en Medicare.* Usted puede conseguir el directorio para su área libre de cargos de su agente de Medicare (vea las páginas 31 a 35); o usted puede llamar a su agente y pedir los nombres de algunos médicos y suplidores en su área. Además, este directorio está disponible para su inspección en las oficinas del Seguro Social, oficinas locales y estatales de la Administración del envejeciente ,y en la mayoría de los hospitales.

Cuando su médico no acepta la asignación

Si su médico o suplidor no acepta la asignación, usted debe pagar directamente al médico o suplidor. Usted es responsable por la parte de su factura que excede la cantidad aprobada por Medicare - hasta el límite explicado abajo. Usted paga esta cantidad porque su médico o suplidor no accedió de aceptar la cantidad aprobada como el pago completo. En este caso, Medicare le paga 80 por ciento de la cantidad aprobada, después de restar cualquier parte del deducible anual de $100 que usted no haya satisfecho.

Aunque un médico no acepte la asignación, hay límites sobre las cantidades que él o ella le puede cobrar. En el año 1993, la cantidad máxima que el médico le puede cobrar es 115 por ciento de la cantidad en el plan de tarifas para médicos no participantes. (Se explica el plan de tarifas bajo "Cantidades aprobadas por Medicare", abajo). Los médicos que cobran en exceso de estas cantidades pueden recibir una multa. Si usted cree que le han cobrado en exceso del nivel permisible, hable con el médico, o llame o escriba a su agente de la Parte B.

Regla especial para médicos que realizan cirugía electiva: Además del límite en los cobros, la ley de Medicare requiere que para los médicos que no aceptan asignación en cirugía electiva, deben darle un estimado por escrito de sus costos antes de hacer la cirugía si el costo total por el procedimiento quirúrgico es de $500 o más. Si el médico no le dio un estimado por escrito, usted tiene derecho a un reembolso de cualquier cantidad que usted pagó en exceso de la cantidad aprobada por Medicare.

Muchos médicos y suplidores que no aceptan asignación en todos sus reclamaciones puede aceptar la asignación en algunas o la mayoría de reclamaciones. Pregunte a su médico o suplidor si él o ella aceptará asignación en sus reclamaciones.

Hay ejemplos de tres pagos por el mismo servicio en la página 23. El Dr. A participa del programa Medicare y por lo tanto acepta la asignación en el reclamo. Los doctores B y C no participan y no aceptan la asignación. En los tres ejemplos, el beneficiario ha acumulado ya el deducible de $100.

Proveedores participantes

Incluye hospitales, facilidades de enfermería especializada, agencias de servicio de salud en el hogar, hospicios, facilidades de rehabilitación comprensiva (CORFs), y proveedores de terapia física ambulatoria y ocupacional y servicios de patología del habla. Todos son proveedores participantes bajo la Parte B de Medicare. Ellos someten sus reclamaciones a Medicare y deben aceptar la cantidad aprobada por Medicare como pago completo por servicios cubiertos. Medicare resta cualquier deducible que usted no haya pagado y cualquier cantidad de coseguros y paga al proveedor. Luego el proveedor le factura solamente por esas cantidades de deducibles y coseguros.

Cantidades aprobadas por Medicare

Por lo general, los pagos de la Parte B de Medicare se basan en las cantidades en el plan de tarifas de Medicare. El plan de tarifas para médicos y ciertos suplidores da una lista de pagos para cada servicio en la Parte B y toma en cuenta las variaciones geográficas en el costo de la práctica. La cantidad en el plan de tarifas es a menudo menor que las cantidades cobradas por médicos y suplidores. La Parte B normalmente paga 80 por ciento de la cantidad en el plan de tarifas, aunque sea menor de la cantidad cobrada.

Ejemplo de Tres Pagos

El pago del deducible anual en la Parte B ha sido cumplido

	LA FACTURA DEL MÉDICO	CANTIDAD APROBADA POR MEDICARE	MEDICARE PAGA	EL BENEFICIARIO ES RESPONSABLE POR
Médico A acepta la asignación	$480	$400	$320 (80% de la cantidad aprobada)	$80 (20% de la cantidad aprobada)
Médico B no acepta la asignación y no le cobra más que el cargo límite*	$437	$380	$304 (80% de la cantidad aprobada)	$133 (la diferencia entre el cargo real y el pago de Medicare)
Médico C no acepta la asignación y le cobra más que el cargo límite.	$500	$380	$304 (80% de la cantidad aprobada)	$133 (la diferencia entre el cargo real y el pago de Medicare)

* La cantidad aprobada por Medicare es menor para médicos que no participan que para los médicos participantes.

Cuando se somete una reclamación a la Parte B, el agente compara el cargo real con la cantidad en el plan de tarifas para ese servicio. La cantidad aprobada por Medicare es la cantidad menor de las dos.

Sometimiento de reclamaciones a la Parte B

Los Médicos, suplidores, y otros proveedores deben someter las reclamaciones para usted

Desde el 1 de septiembre del 1990, **se les requiere a** los médicos, suplidores, y otros proveedores de servicios en la Parte B **que sometan reclamaciones de Medicare para usted**, aunque no acepten la asignación. Ellos deben someter las reclamaciones dentro de un año después de suministrarle el servicio o pueden estar sujetos a ciertas penalidades. (Si usted tiene otros seguros de salud que deben pagar antes que Medicare, debe someter las reclamaciones usted mismo. (Vea 'Radicación de sus propias reclamaciones', abajo.)

Usted debe notificar a su representante de Medicare si su médico o suplidor niega someter un reclamo a la Parte B de Medicare para usted si usted cree que los servicios pueden ser cubiertos por Medicare. (Hay una lista de los números de teléfono y direcciones de los agentes en las páginas 31 a 35)

¿En qué manera somete un médico o suplidor las reclamaciones?

Su médico o suplidor debe someter una forma, llamada un HCFA-1500, solicitando que se cumpla con el pago de la Parte B de Medicare para sus servicios cubiertos, si se acepta asignación o no. El médico o suplidor debe llenar la forma HCFA-1500 y enviarlo al agente correcto de Medicare.

Si su reclamación es por el alquiler o la compra de equipo médico duradero, una receta del médico, o un certificado de necesidad médica, hay que incluirla con la reclamación. La receta debe mostrar el equipo que usted necesita, la razón médica por esa necesidad, y un estimado del tiempo que ese equipo será necesario médicamente.

Si usted está inscrito en un plan coordinado para el cuidado de salud

Si usted está inscrito en un plan coordinado - una organización de cuidado de salud prepagada, como un HMO - raras veces será necesario someter una reclamación por su parte. Medicare paga al HMO una cantidad fija, y el HMO provee su cuidado médico. En la mayoría de los casos, a usted se le requiere recibir todo su cuidado que no sea de emergencia mediante su HMO, o mediante los arreglos que ellos hacen antes de que usted reciba cuidado. Sin embargo, si usted obtiene un servicio fuera del plan, se debe someter la reclamación directamente a su HMO.

Si su médico o suplidor necesita una dirección, consulte su manual de asociación con el HMO, o comuníquese con el HMO.

Sometimiento de reclamaciones al Sistema de Retiro de Ferroviario

Si usted recibe Medicare bajo el sistema de Retiro Ferroviario, el médico o suplidor debe someter sus reclamaciones a la oficina de The Travelers Insurance Company. Hay una lista de las oficinas regionales de The Travelers en *Su Manual de Medicare para Beneficiarios en el Sistema de Retiro Ferroviario*, el cual está disponible en cualquier oficina de Retiro de Ferroviario.

Radicanción de sus propias reclamaciones

En algunos casos, será necesario que usted radique sus propias reclamaciones para la Parte B de Medicare. Usted puede radicar sus propias reclamaciones para:

- Servicios cubiertos por Medicare por los cuales usted tiene otro seguro de salud que debe pagar primero en sus reclamaciones.

- Servicios no cubiertos por Medicare por los cuales usted desea una determinación formal de cubierta en la Parte B.
- Servicios recibidos que su médico o suplidor niega someter la reclamación en su nombre, aunque lo requiere la ley.
- Servicios suministrados fuera de los Estados Unidos. (La cubierta por Medicare de servicios fuera de los Estados Unidos está muy limitada y debe cumplir con reglas especiales.)
- Equipo médico duradero usado y comprado de una fuente privada.

Para enterarse si usted necesita radicar su propia reclamación, llame o escriba a su agente de Medicare. (Hay una lista de las direcciones y teléfonos de los agentes en las páginas 31 a 35)

Fechas límites

Bajo la ley, hay fechas límites para someter sus propias reclamaciones a la Parte B de Medicare. Para que Medicare pague sus reclamaciones, usted debe enviar sus reclamaciones dentro de estos límites de tiempo. Usted siempre tiene por lo menos 15 meses para someter reclamaciones. La tabla abajo le informa exactamente de las fechas límites.

Fechas Límites

Para servicios que usted recibe entre	Su reclamación debe ser sometida al
1 Oct 1991 y 30 Sep 1992	31 Dic 1993
1 Oct 1992 y 30 Sep 1993	31 Dic 1994
1 Oct 1993 y 30 Sep 1994	31 Dic 1995

Reclamaciones a nombre de una persona que ha fallecido

Cuando fallece un beneficiario de Medicare, la manera en que Medicare paga las reclamaciones a la Parte B* depende de si la factura del médico o suplidor se pagó.

Si el paciente pagó la factura o se utilizaron fondos de los bienes del paciente para pagar la factura, el pago de Medicare se enviará inmediatamente al representante de la herencia o a un sobreviviente de la familia inmediata del paciente. Si otra persona distinta al paciente pagó la factura, el pago se hará a esa persona.

Si el pago **no** se ha hecho y el médico o suplidores no desean aceptar la asignación, el pago de Medicare se puede hacer a la persona que tiene o asume la obligación legal de pagar la factura para el paciente fallecido.

Su agente de Medicare puede proveerle información adicional sobre la manera de reclamar un pago en la Parte B de Medicare después del fallecimiento del paciente.

* Cualquier pago de la Parte A que se debe al hospital, facilidades de enfermería especializada, agencia de servicio de salud en el hogar, u hospicio, se hará directamente al proveedor de servicios.

Explicación de su notificación de beneficios de la Parte B de Medicare

Después de que su médico, proveedor, o suplidor envía una reclamación la Parte B, Medicare le enviará una notificación llamada *Explicación de Beneficios de Medicare de la Parte B* para informarle sobre la decisión de las reclamaciones.

Para servicios de médicos esta notificación demuestra los servicios cubiertos, los cargos aprobados, cuánto fue acreditado hacia su deducible anual de $100 dólares, y la cantidad pagada por Medicare. Para otros servicios en la Parte B la notificación muestra información semejante. Favor de examinar la notificación con cuidado. Si usted cree que se hizo un pago por un servicio o producto que usted no recibió, o que el pago es de otra forma cuestionable, llame o escriba al agente que tramitó su reclamación.

La forma con Explicación de sus Beneficios de la Parte B de Medicare incluye la dirección y número de teléfono libre de cargos que usted puede utilizar. (También hay una lista de agentes en las páginas 31 a 35 de este manual.)

Para llamar a su agente de Medicare

Muchos agentes han instalado sistemas automatizados para contestar llamadas para ayudar a responderle a usted de una manera más rápida y precisa. Cuando usted llama, si su agente tiene un sistema de esta clase, se le comunicará a un sistema especial de voces automatizadas. Si tiene un teléfono de tele-teclas, siga las instrucciones que reciba en el teléfono para obtener información sobre el estado de sus reclamaciones.

Si necesita otro tipo de información o desea hablar sobre su reclamación, usted puede pedir al sistema que le comunique en cualquier momento con un representante de servicios al cliente. **Si no tiene un teléfono de tele-teclas,** permanezca en línea después de marcar el número y se le comunicará con un representante de servicios al cliente.

Obtención de la parte de Medicare que usted no tiene

Obtención de seguro médico de Medicare (Parte B)

Si usted tiene el Seguro Hospitalario de Medicare sin primas pero no tiene la Parte B de Medicare, usted puede inscribirse en la Parte B durante un período de inscripción general. Un período de inscripción general se lleva a cabo desde el 1 de enero al 31 de marzo cada año. Su protección empieza el 1 de julio del año en que se inscribe. Si se inscribe durante un período de inscripción general, su prima mensual puede aumentar un 10 por ciento para cada período de 12 meses en que podía tener la Parte B pero no estaba inscrito. (Si usted tenía cubierta bajo un plan de salud grupal con un patrono basado en empleo actual como se describe en esta página, quizá puede obtener una rebaja o condonación de la penalidad sobre la prima.)

Obtención de Seguro de Hospital de Medicare (Parte A)

Algunas personas de 65 años o más tienen el Seguro Médico de Medicare (Parte B), pero no satisfacen los requisitos para obtener la Parte A sin pagar primas. Si usted se encuentra en esta categoría, usted puede recibir la Parte A al pagar una prima mensual. Esto se llama "seguros de hospital con primas." La prima para la Parte A es $221 mensuales hasta el 31 de diciembre del 1993. (Esta cantidad cambiará el 1 de enero de 1994.)

Usted puede inscribirse en la Parte A con primas durante un período de inscripción general: entre el 1 de enero y el 31 de marzo de cada año. Si usted se inscribe durante un período de inscripción general que comienza después de que haya transcurrido más de un año en que usted era elegible para comprar la Parte A, su prima mensual puede ser 10 por ciento mayor que la cantidad básica para la prima. Su protección comienza el 1 de julio del año en que se inscribe. (Vea también esta página para información sobre el período de inscripción especial.)

Si usted ha tenido protección bajo una HMO, usted puede inscribirse en la Parte A con prima en cualquier momento mientras es socio del HMO y hasta 8 meses después de que haya terminado su protección con el HMO. Si hay algunas penalidades en la prima, quizá pueden ser rebajadas a causa de su protección con el HMO.

Para más información sobre las cantidades de primas y recargos en las primas, y cómo obtener la parte de Medicare que no tiene, comuníquese con la Administración de Seguro Social.

Período de inscripción especial

Si usted tiene protección de un plan grupal de salud con un patrono, basado en su empleo actual o el de su cónyuge (que no sea un plan para personas retiradas y sus cónyuges), quizá usted puede demorar la inscripción en el Seguro Médico de Medicare (la Parte B) o el Seguro Hospitalario con primas (la Parte A) sin penalidades de primas ni la espera para un período de inscripción general para inscribirse. La inscripción demorada sin penalidades ni espera normalmente está disponible si usted tiene protección de un plan de salud grupal con un patrono al momento en que primero era elegible para recibir Medicare.

En general, si usted tiene 65 años o más, usted puede inscribirse en la Parte B de Medicare durante el período de siete meses comenzando con el mes en que:

- termina el empleo actual suyo o el de su cónyuge, o
- termina su protección bajo el plan grupal de salud con su patrono, lo que ocurra primero.

Si usted está incapacitado y tiene protección de un plan grupal de salud de un patrono, también puede tener un período de inscripción especial bajo ciertas circunstancias. Si usted tiene protección bajo un plan grupal de salud basado en su estado actual de empleo cuando primero puede obtener Medicare, tiene el derecho de inscribirse en la Parte B de Medicare durante el período de siete meses, que comienza:

- Cuando termine el empleo.
- Cuando el plan ya no puede ser clasificado como un plan grupal de salud **de grupo grande** (uno que cubre 100 empleados o más), o
- Cuando termina la protección con el plan.

Comuníquese con la Administración del Seguro Social tan pronto termine el empleo, o termina o cambia la protección bajo el plan, para asegurarse de que recibe la información necesaria sobre inscripción en la Parte B de Medicare.

Sucesos que pueden cambiar su protección de Medicare

Cuándo termina la protección para personas 65 años o más

Si usted tiene el Seguro Hospitalario de Medicare (la Parte A) basado en el trabajo de su cónyuge, su protección termina si ustedes se divorcian antes de que cumplan 10 años de casados. No obstante, si usted tiene la Parte A basado en **su** trabajo, su protección continuará por el resto de su vida.

Su protección bajo la Parte B de Medicare termina si no paga sus primas o cancela voluntariamente. Si usted está considerando la cancelación de su Parte B, recuerde que quizá no será posible obtener seguros privados que le ofrecen la misma protección. Si usted cancela su Parte B y después decide volver a inscribirse, puede hacerlo solamente durante un período de inscripción general (1 de enero hasta 31 de marzo de cada año). Además, la cantidad de su prima puede ser mayor y su protección no comienza de nuevo hasta el 1 de julio del año en que vuelve a inscribirse. (Si usted tiene protección bajo un plan de salud grupal basado en el empleo actual como lo describe en la página 7, posiblemente puede obtener una condonación o rebaja en las penalidades de las primas.)

Si usted está comprando la Parte A de Medicare con la compra de primas mensuales (ver la página 25), usted pierde esa parte si cancela su Parte B de Medicare. Las personas que compran la Parte A de Medicare también deben inscribirse y pagar la prima de la Parte B. Sin embargo, usted puede cancelar la Parte A y continuar pagando la Parte B.

Si usted desea más información sobre la cancelación de su protección de Medicare, comuníquese con la Administración de Seguro Social.

Cuando termina la protección para los incapacitados

Si usted tiene Medicare porque está incapacitado, su protección terminará si usted recupera de su incapacidad antes de que cumpla 65 años. Si vuelve a trabajar pero todavía está incapacitado, su protección sin primas en la Parte A continuará por los menos 48 meses después de que comienza a trabajar. También continuará la Parte B por lo menos 48 meses si usted continúa pagando las primas mensuales.

Si usted queda incapacitado y pierde su Parte A sin primas (y la Parte B) solamente porque está trabajando, usted puede comprar solamente la Parte A o ambas Partes, A y B. (Usted no puede comprar solamente la Parte B.) Puede seguir comprando Medicare durante el tiempo que dure su incapacidad.

Usted puede inscribirse durante su período de inscripción inicial, que comienza en el mes en que se le notifica que ya no es elegible por la Parte A sin primas, y continúa siete meses completos después de ese mes. Si usted no se inscribe durante este período de inscripción inicial, podrá inscribirse en un período de inscripción general subsiguiente (enero a marzo de cada año).

Si en algún momento usted desea cancelar la protección de Medicare para la cual paga primas, comuníquese con la Administración del Seguro Social.

Cuando termina la protección para personas con fallo permanente del riñón

Si usted tiene Medicare debido a fallo permanente del riñón, su protección termina 12 meses después de que terminen los tratamientos mensuales de diálisis o 36 meses después de tener una operación para trasplante del riñón.

Su protección en la Parte B de Medicare puede terminar antes si usted deja de pagar las primas, o si decide cancelar. Llame a la Administración del Seguro Social si en algún momento usted decide cancelar su protección bajo la Parte B.

Si necesita más información sobre cubierta de fallo permanente del riñón, usted puede obtener una copia de *Cubierta de Medicare para Servicios de Diálisis y Trasplante del Riñón* del Centro de Información al Consumidor (ver interior de la contraportada).

Cómo apelar decisiones de Medicare

Si usted no está de acuerdo con una decisión sobre la cantidad que Medicare paga por una reclamación, o cuestiona la cubierta de Medicare por servicios que usted ha recibido, tiene el derecho de apelar la decisión. La notificación que usted reciba de Medicare le informa de la decisión hecha sobre la reclamación y también le informa exactamente los pasos que usted puede tomar para la apelación. Abajo se explica la apelación de decisiones hechas por proveedores de la Parte A, organizaciones de Medicare (PROs), intermediarios, agentes, y organizaciones para mantenimiento de salud (HMOs).

Apelación de las decisiones hechas por proveedores de servicios de la Parte A

En muchos casos la primera notificación escrita de servicios no cubiertos llegará del proveedor de los servicios (por ejemplo, un hospital, facilidades de enfermería especializada, agencia de servicio de salud en el hogar, o un hospicio). Esta notificación de servicios no cubiertos del proveedor debe explicar la razón por la cual el proveedor cree que Medicare no pagará por los servicios. Esta notificación no es una determinación oficial de Medicare, pero le puede pedir al proveedor que le consiga una determinación oficial de Medicare. Si usted pide una determinación oficial de Medicare, el proveedor debe radicar una reclamación a Medicare en su nombre. Luego usted recibirá un Aviso de Utilización, la determinación oficial de Medicare. Si aún no está de acuerdo, puede apelar al seguir las instrucciones en el Aviso de Utilización.

Apelación de las decisiones hechas por organizaciones de revisión de normas profesionales (PROs)

Cuando sea admitido a un hospital que participa en Medicare, se le entrega una notificación llamada *Un Mensaje Importante de Medicare*. (Vea la página 40 para una copia de esta notificación.) La notificación tiene una descripción breve de los PROs, y el nombre, dirección, y número de teléfono del PRO en su estado. Además, describe sus derechos de apelación.

Los PROs hacen determinaciones principalmente sobre cuidado hospitalario para pacientes internos y servicio en un centro de cirugía ambulatoria. Las PROs deciden si el servicio provisto a los pacientes de Medicare es medicamente necesario, si fue provisto en el lugar más apropiado, y si es de buena calidad. Cuando usted no está de acuerdo con la decisión del PRO sobre su caso, puede apelar solicitando de una reconsideración. Si usted no está de acuerdo con la decisión de reconsideración del PRO, y la cantidad en cuestión suma $200 o más, usted puede pedir una vista por un Juez de Derecho Administrativo. Los casos que envuelven $2,000 o más pueden apelarse eventualmente a una Corte Federal.

Si usted pertenece a una organización para el mantenimiento de salud (HMO), la HMO normalmente hace las decisiones sobre la necesidad médica, si el lugar era apropiado, y la calidad de su cuidado. En la mayoría de los casos, usted no tiene el derecho de hacer apelaciones al PRO, pero siempre tiene el derecho de radicar querellas sobre la calidad de su servicio hospitalario al PRO. (Vea las páginas 27 y 28 para más información sobre derechos de apelación para socios de HMOs.)

NOTA: En el caso de cirugía electiva (que no sea de emergencia), el hospital o el PRO puede tomar parte en sus decisiones de pre-admisiones. Si el hospital cree que su estadía propuesta no será cubierta por Medicare, puede recomendar, sin consultar al PRO, que no le admita al hospital. Si este es el caso, el hospital debe entregarle su decisión por escrito. Si usted o su médico no está de acuerdo con la decisión del hospital, usted debe solicitar una revisión inmediata al PRO. Si desea una revisión inmediata, debe solicitar por teléfono o por escrito, dentro de tres días calendarios después de recibo de la notificación.

Apelación de decisiones de intermediarios en las reclamaciones de la Parte A

Los intermediarios de Medicare tramitan la apelación de decisiones tomadas sobre la mayoría de otros servicios cubiertos bajo la Parte A de Medicare (facilidades de enfermería especializada, servicio de salud en el hogar, servicios de hospicio, y algunos asuntos de pacientes internados en un hospital que los PRO no tramitan). Si no está de acuerdo con la decisión inicial del intermediario, tiene 60 días a partir de la fecha en que usted recibe la decisión inicial para solicitar una reconsideración. Se puede someter la solicitud directamente al intermediario o mediante la Administración de Seguro Social. Si usted no está de acuerdo con la reconsideración de la decisión del intermediario y la cantidad en cuestión suma $100 o más, tiene 60 días a partir de la fecha que recibe la decisión de reconsideración para solicitar una vista con un Juez de Derecho Administrativo. Los casos de cantidades de $1,000 o más pueden ser apelados eventualmente a una Corte Federal.

Apelación de decisiones hechas por agentes en reclamaciones a la Parte B

Su médico debe facilitarle una notificación escrita si él o ella sabe o cree que Medicare no considerará un servicio particular razonable y necesario y no lo pagará. Hay que entregarle esta notificación antes de realizar el servicio y debe expresar de una manera clara la razón por la cual su médico cree que Medicare no pagará. Si su médico no le entregó esta notificación escrita y usted no sabía que Medicare no pagaría por los servicios que recibió, usted no puede ser responsable de pagarlos. Sin embargo, si usted recibió notificación escrita y firmó un acuerdo de pagar los servicios usted mismo para que le diera tratamiento, usted será responsable de pagar los servicios.

Esta notificación no es una determinación oficial de Medicare. Si usted no está de acuerdo con la notificación, usted puede pedir a su médico que someta una reclamación para pagos con el agente de Medicare para recibir una determinación oficial

de Medicare. Hay que radicar la reclamación dentro de los períodos de tiempo específicos dados en la página 24. En algunos casos usted mismo puede radicar el reclamo. Si recibe una decisión adversa de Medicare y aún no está de acuerdo, tiene el derecho de apelar esa decisión. Usted tiene seis meses a partir de la fecha para pedir que el agente la revise. Luego, si no está de acuerdo con la explicación escrita del representante y la cantidad que queda suma $100 o más, tiene seis meses a partir de la fecha de la decisión de la revisión para pedir una vista con un oficial de vistas del agente. Se pueden combinar reclamaciones que han sido revisadas o que volvieron a revisarse dentro de los últimos seis meses, para cumplir con el requisito de $100.

Si no está de acuerdo con la decisión del oficial de vistas del agente, y la cantidad que queda suma $500 o más, tiene 60 días a partir de la fecha en que recibe la decisión para pedir una vista ante un Juez de Derecho Administrativo. Se pueden combinar reclamaciones en las que se han tomado decisiones en una vista dentro de los últimos 60 días para cumplir con el requisito de $500. Los casos de $1,000 o más pueden apelarse eventualmente en una Corte Federal.

Apelación de decisiones hechas por organizaciones para mantenimiento de salud (HMOs)

Si usted tiene cubierta de Medicare mediante un HMO, su HMO normalmente tomará las decisiones sobre cubierta y pago por servicios. Cuando su HMO toma una decisión de negar pago por servicios cubiertos por Medicare o niega proveerle con productos cubiertos por Medicare que usted solicita, a usted se le entregará una *Notificación de Determinación Inicial*. Junto con la notificación se le requiere a su HMO que proporcione una explicación escrita y completa de sus derechos de apelación.

Si usted cree que su HMO no hizo la decisión correcta, tiene el derecho de pedir una reconsideración. Debe radicar su solicitud de reconsideración dentro de 60 días de la *Notificación de Determinación Inicial*. Usted debe hacer su solicitud por escrito. La puede enviar por correo o entregarlo personalmente a su HMO o a una oficina de la Administración de Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario, si usted recibe Medicare mediante Retiro Ferroviario).

Su HMO es responsable de reconsiderar su determinación inicial de negar pago o servicios. Si su HMO no falla completamente a su favor, la HMO debe enviar su solicitud de reconsideración a la Administración de Financiamiento para el Cuidado de la Salud (HCFA) para una revisión y determinación.

Si no está de acuerdo con la decisión de la HCFA, y la cantidad en cuestión suma a $100 o más, tiene 60 días a partir de su recibo de la decisión de la HCFA para solicitar una vista ante un Juez de Derecho Administrativo. Los casos de cantidades de $1,000 o más pueden apelarse eventualmente en a una Corte Federal.

Para más información

Si necesita más información sobre su derecho de apelar y cómo solicitarlos, llame al Seguro Social, o el intermediario o agente de Medicare en su estado. (El número de teléfono del intermediario o agente de Medicare en la notificación que explique la decisión de Medicare sobre la reclamación. También hay una lista de agentes de Medicare en las páginas 31 a 35). Si usted necesita más información sobre su derecho de apelar una decisión tomada por una organización de revisión de normas profesionales de Medicare (PROs), puede llamar al PRO en su estado. (Hay una lista de PROs en las páginas 36 a 39.)

MEDICARE (PARTE A):
SERVICIOS HOSPITALARIOS CUBIERTOS EN EL AÑO 1993

Servicios	Beneficios	Medicare Paga	Usted Paga
HOSPITALIZACION Alojamiento en habitación semiprivada y comidas, servicios y productos generales misceláneos del hospital y enfermería. (Pagos de Medicare a base de períodos de beneficios, vea la página 10).	Primer 60 días	Todo menos $676	$676
	Día 61 a 90	Todo menos $169 diarios	$169 diarios
	Día 91 a 150(1)	Todo menos $338 diarios	$338 diarios
	Más de 150 días	Nada	Todos los gastos
SERVICIO EN FACILIDADES DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA Usted debe estar internado en un hospital por lo menos 3 días y entrar a una facilidad aprobada por Medicare dentro de un período de 30 días por lo general después de que le dieron de alta del hospital.(2) (Pagos de Medicare a base de períodos de beneficios, vea la página 10.)	Primer 20 días	100% de cantidad aprobada	Nada
	80 días adicionales	Todo menos $84.50 diarios	$84.50 diarios
	Más de 100 días	Nada	Todos los gastos
SERVICIO DE SALUD EN EL HOGAR Cuidado especializado médicamente necesario.	Servicio a tiempo parcial o intermitente, siempre que usted cumpla con las condiciones de Medicare.	100% de la cantidad aprobada; 80% de la cantidad aprobada por equipo médico duradero.	Nada por servicios; 20% de la cantidad aprobada en equipo médico duradero.
SERVICIO EN UN HOSPICIO Alivio de dolor, control de sintomás, y servicios de apoyo para enfermedades terminales.	Si usted escoge la opción de hospicio y siempre que un médico certifique que hay necesidad.	Todo menos gastos limitados en medicamentos ambulatorios y cuidado de alivio para pacientes internados	Comparte gastos limitados en medicamentos ambulatorios y cuidado de alivio para pacientes internados.
SANGRE	Sin límites si es médicamente necesario.	Todo menos las primeras 3 pintas por año calendario.	Las primeras 3 pintas.(3)

Prima mensual por la Parte A en 1993:	Nada para la mayoría de beneficiarios. $221 si usted tiene que comprar la Parte A (La prima puede resultar en una cantidad mayor si usted se tarda en inscribirse).

(1) Se puede utilizar este beneficio de 60 días en reserva solamente una vez en su vida (véase la página 11).
(2) Ni Medicare ni seguros privados de Medigap pagan por la mayoría del servicio en un hogar para ancianos (véase la página 12).
(3) Si usted cumple con el deducible para sangre bajo una de las partes de Medicare durante el año calendario, no tiene que cumplirlo bajo la otra parte.

MEDICARE (PARTE B): SERVICIOS MEDICOS CUBIERTOS EN 1993

Servicios	Beneficios	Medicare Paga	Usted Paga
GASTOS MEDICOS Servicios de médico, servicios y productos médicos y quirúrgicos para pacientes internados y ambulatorios, terapia física y del habla, ambulancia, pruebas diagnósticas, y más.	Medicare paga servicios médicos en o fuera del hospital.	80% de la cantidad aprobada (después del deducible de $100).	Deducible de $100, [1] más 20% de la cantidad aprobada y cargos limitados por encima de la cantidad aprobada.[2]
SERVICIOS DE LABORATORIOS CLINICOS Pruebas de sangre, biopsias, análisis de orina, y más.	Ilimitados si son médicamente necesarios.	100% de la cantidad aprobada.	Nada en servicios.
CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR Cuidado especializado médicamente necesario.	Servicio especializado a tiempo parcial o intermitente siempre que usted cumpla con las condiciones para beneficios.	100% de la cantidad aprobada; 80% de la cantidad aprobada en equipo médico duradero.	Nada en servicios; 20% de la cantidad aprobada en equipo médico duradero.
TRATAMIENTO HOSPITALARIO AMBULATORIO Servicios para diagnosis o tratamiento de enfermedad o herida.	Ilimitados si son médicamente necesarios.	80% de la cantidad aprobada (después del deducible de $100).	Deducible de $100, más 20% en cargos facturados.
SANGRE	Ilimitada si es médicamente necesaria.	80% de la cantidad aprobada (después del deducible de $100 y comenzado con la 4a pinta).	Las primeras 3 pintas más 20% de la cantidad aprobada en pintas adicionales después del deducible de $100). [3]

Primas mensuales por la Parte B en 1993: $36.60 (Si tarda en inscribirse la prima podría ser más alta).

(1) Una vez que haya recibido $100 de gastos por servicios cubiertos en 1993, el deducible para la Parte B no aplica a servicios cubiertos adicionales que usted recibe por el resto del año.
(2) Véase 'Cuando su médico no acepta la asignación', página 22.
(3) Una vez que se cumple con el deducible para sangre bajo una parte de Medicare durante el año calendario, no hay que cumplirlo bajo la otra parte.

AGENTES DE MEDICARE

Los agentes pueden contestar sus preguntas sobre Seguros Médicos (la Parte B)

NOTA:
- **Los números '800' libres de cargos que aparecen abajo solamente pueden ser usados en el mismo estado del agente.** También en la lista aparecen los números locales comerciales de los agentes. Los beneficiarios que llamen fuera de su estado deben usar los números comerciales.
- Los números '800' son para el uso de los beneficiarios. Los médicos o suplidores no deben usar estos números.
- Muchos agentes tienen un sistema automatizado para contestar llamadas. Si usted tiene un teléfono de tele-teclas, usted puede seguir las instrucciones en el sistema para enterarse sobre sus últimas reclamaciones y para conseguir otra información. Si usted no tiene un teléfono de tele-teclas, manténgase en línea y un agente contestará la llamada.

ALABAMA
Medicare/Blue Cross/Blue Shield of Alabama
P.O. Box 830-140
Birmingham, Alabama 35283-0140
1-800-292-8855
205-988-2244

ALASKA
Medicare/Aetna Life & Casualty
200 S.W. Market St.
P.O. Box 1997
Portland, Oregon 97207-1997
1-800-547-6333 (customer service site actually in Oregon)
503-222-6831 (customer service site actually in Oregon)

ARIZONA
Medicare/Aetna Life & Casualty
P.O. Box 37200
Phoenix, Arizona 85069
1-800-352-0411
602-861-1968

ARKANSAS
Medicare/Arkansas Blue Cross and Blue Shield
A Mutual Insurance Company
P.O. Box 1418
Little Rock, Arkansas 72203-1718
1-800-482-5525
501-378-2320

CALIFORNIA
Conties of: Los Angeles, Orange, San Diego, Ventura, Imperial, San Luis Obispo, Santa Barbara
Medicare/Transamerica Occidental Life Insurance Co.
Box 5061
Upland, California 91785-5061
1-800-675-2266
213-748-2311

Rest of state: Medicare Claims Dept.
Blue Shield of California
Chico, California 95976
(In area codes 209, 408, 415, 707, 916)
1-800-952-8623
916-743-1587
(In the following area codes - other than Los Angeles, Orange, San Diego, Ventura, Imperial, San Luis Obispo, and Santa Barbara counties - 213, 619, 714, 805, 818)
1-800-848-7713
714-496-9393

COLORADO
Medicare/Blue Cross and Blue Shield of Colorado
Coordination of Benefits:
P.O. Box 173550
Denver, Colorado 80217

Correspondence/Appeals:
P.O. Box 173500
Denver, Colorado 80217
(Metro Denver) 303-831-2661
(In Colorado, outside of metro area) 1-800-332-6681

CONNECTICUT
Medicare/The Travelers Companies
518 Preston Avenue
P.O. Box 9000
Meriden, Connecticut 06454-9000
1-800-982-6819
(In Hartford) 203-728-6783
(In the Meriden area) 203-237-8592

DELAWARE
Medicare/Pennsylvania Blue Shield
P.O. Box 890200
Camp Hill, Pennsylvania 17089-0200
1-800-851-3535

DISTRICT OF C OLUMBIA
Medicare/Pennsylvania Blue Shield
P.O. Box 890100
Camp Hill, Pennsylvania 17089-0100
1-800-233-1124

AGENTES DE MEDICARE

Los agentes pueden contestar sus preguntas sobre el Seguro Médico (la Parte B)

FLORIDA
Medicare/Blue Shield of Florida, Inc.
P.O. Box 2525
Jacksonville, Florida 32231
For fast service on simple inquiries including requests for copies of Explanation of Your Medicare Part B Benefits notices, requests for MEDPAR directories, brief claims inquiries (status or verification of receipt), and address changes:
1-800-666-7586
904-355-8899
For all your other Medicare needs:
1-800-333-7586
904-355-3680

GEORGIA
Madicare/Aetna Life & Casualty
P.O. Box 3018
Savannah, Georgia 31402-3018
1-800-727-0827
912-920-2412

HAWAII
Medicare/Aetna Life Casualty
P.O. Box 3947
Honolulu, Hawaii 96812
1-800-272-5242
808-524-1240

IDAHO
CIGNA
3150 N. Lakeharbor Lane, Suite 254
P.O. Box 8048
Boise, Idaho 83707-6219
1-800-627-2782
208-342-7763

ILLINOIS
Medicare Claims/Blue Cross & Blue Shield of Illinois
P.O. Box 4422
Marion, Illinois 62959
1-800-642-6930
312-938-8000

INDIANA
Medicare Pat BV/AdminaStar Federal
P.O. Box 7073
Indianapolis, Indiana 46207
1-800-622-4792
317-842-4151

IOWA
Medicare/IASD Health Services, Inc.
(d/b/a Blue Cross & Blue Shields of Iowa)
636 Grand
Des Moines, Iowa 50309
1-800-532-1285
515-245-4785

KANSAS
Counties of: Johnson, Wyandotte
Medicare./Blue Shield of Kansas City
P.O. Box 419840
Kansas City, Missouri 64141-6840
1-800-892-5900
816-561-0900

Rest of state: Medicare/Blue Cross and Blue Shield of Kansas
P.O. Box 239
Topeka, Kansas 66601
1-800-432-3531
913-232-3773

KENTUCKY
Medicare-Part B/Blue Cross & Blue Shield of Kentucky
100 East Vine St.
Lexington, Kentucky 40507
1-800-999-7608
606-233-1441

LOUISIANA
Arkansas Blue Cross & Blue Shield
Medicare Administration
P.O. Box 838330
Baton Rouge, Louisiana 70884-3830
1-800-462-9666
(In New Orleans) 504-529-1494
(In Baton Rouge) 504-927-3490

MAINE
Medicare B
C and S Administrative Services
P.O. Box 9790
Portland, Maine 04104-5090
1-800-492-0919
207-828-4300

AGENTES DE MEDICARE

Los agentes pueden contestar sus preguntas sobre el Seguro Médico (la Parte B)

MARYLAND
Counties of: Montgomery, Prince Georges
Medicare/Pennsylvania Blue Shield
P.O. Box 890100
Camp Hill, Pennsylvania 17089-0100
1-800-233-1124

Rest of state: Ma;ryland Blue Shield, Inc.
1946 Greenspring Drive
Timonium, Maryland 21093
1-800-492-4795
410-561-4160

MASSACHUSETTS
Medicare C and S Administrative Servcices
1022 Hingham Street
Rockland, Massachusetts 02371
1-800-882-1228
617-956-3994

MICHIGAN
Medicare Part B
Michigan Blue Cross & Blue Shield
P.O. Box 2201
Detroit, Michigan 48231-2201
(In area code 313) 1-800-482-4045
(In area code 517) 1-800-322-0607
(In area code 616) 1-800-442-8020
(In area code 906) 1-800-562-7802
(In Detroit) 313-225-8200

MINNESOTA
Counties of: Anoka, Dakota, Fillmore, Goodhue, Hennepin, Houston, Olmstead, Ramsey, Wabasha, Washinton, Winona
Medicare/The Travelers Ins. Co.
8120 Penn Avenue South
Bloomington, Minnesota 55431
1-800-352-2762
612-884-7171

Rest of state: Medicare/Blue Shield of Minnesota
P.O. Box 64357
St. Paul, Minnesota 55164
1-800-392-0343
612-456-5070

MISSISSIPPI
Medicare/The Travelers Ins. Co.
P.O. Box 22545
Jackson, Mississippi 39225-2545
(In Mississippi) 1-800-682-5417
(Outside of Mississippi) 1-800-227-2349
601-956-0372

MISSOURI
Counties of: Andrew, Atchison, Bates, Benton, Buchanan, Caldwell, Carroll, Cass, Clay, Clinton, Daviess, DeKalb, Gentry, Grundy, Harrison, Henry, Holt, Jackson, Johnson, Lafayette, Livingston, Mercer, Nodaway, Pettis, Platte, Ray, St. Clair Saline, Vernon, Worth
Medicare/Blue Shield of Kansas City
P.O. Box 419840
Kansas City, Missouri 64141-6840
1-800-892-5900
816-561-0900

Rest of state: Medicare
General American Life Insurance C o.
P.O. Box 505
St. Louis, Missouri 63166
1-800-392-3070
314-843-8880

MONTANA
Medicare/Blue Cross and Blue Shield of Montana
2501 Beltview
P.O. Box 4310
Helema, Montana 59604
1-800-332-6146
405-444-8350

NEBRASKA
The carrier for Nebraska is Blue Shield of Kansas. Claims, however, should be sent to:
Medicare Part B
Blue Cross/Blue Shield of Nebraska
P.O. Box 3106
Omaha, Nebraska 68103-0106
1-800-633-1113
913-232-3773 (customer service site in Kansas)

NEVADA
Medicare/Aetna Life and Casualty
P.O. Box 37230
Phoenix, Arizona 85069
1-800-528-0311
602-861-1968

NEW HAMPSHIRE
Medicare B
C and S Administrative Services
P.O. Box 9790, Portland, Maine 04104-5090
1-800-447-1142
207-828-4300

AGENTES DE MEDICARE

Los agentes pueden contestar sus preguntas sobre el Seguro Médico (la Parte B)

NEW JERSEY
Medicare/Pennsylvania Blue Shield
P.O. Box 400010
Harrisburg, Pennsylvania 17140-0010
1-800-462-9306
717-975-7333

NEW MEXICO
Medicare/Aetna Life and Casualty
P.O. Box 25500
Oklahoma City, Oklahoma 73145-0500
1-800-423-2925 (In Albuquerque) 505-843-7771

NEW YORK
Counties of: Bronx, Kings, New York, Richmond
Medicare B/Empire Blue Cross and Blue Shield
P.O. Box 2280
Peekskill, New York 10566
516-244-5100
Counties of: Columbia, Delaware, Dutchess, Greene, Nassau, Orange, Putnam, Rockland, Suffolk, Sullivan, Ulster, Westchester
Medicare B/Empire Blue Cross and Blue Shield
P.O. Box 2280
Peekskill, New York 10566
1-800-442-8430
516-244-5100
County of: Queens
Medicare/Group Health, Inc.
P.O. Box 1608, Ansonia Station
New York, New York 10023
212-721-1770
Rest of state: Medicare
Blue Shield of Western New York
Upstate Medicare Division Part B
7-9 Court Steet
Binghamton, New York 13901-3197
607-772-6906
1-800-252-6550

NORTH CAROLINA
Connecticut General Life Insurance Company
P.O. Box 671
Nashville, Tennessee 37202
1-800-672-3071
919-665-0348

NORTH DAKOTA
Medicare/Blue Shield of North Dakota
4510 13th Avenue, S.W.
Fargo, North Dakota 58121-0001
1-800-247-2267
701-282-0691

OHIO
Medicare/Nationwide Mutual Ins. Co.
P.O. Box 57
Columbus, Ohio 43216
1-800-282-0530
614-249-7157

OKLAHOMA
Medicare/Aetna Life and Casualty
701 N.W. 63rd St.
Oklahoma City, Oklahoma 73116-7693
1-800-522-9079
405-848-7711

OREGON
Medicare/Aetna Life and Casualty
200 S.W. Market St.
P.O. Box 1997
Portland, Oregon 97207-1997
1-800-452-0125
503-222-6831

PENNSYLVANIA
Medicare/Pennsylvania Blue Shield
P.O. Box 890065
Camp Hill, Pennsylvania 17089-0065
1-800-382-1274
717-763-3601

RHODE ISLAND
Medicare/Blue Cross and Blue Shield of Rhode Island
444 Westminster Street
Providence, Rhode Island 02903-3279
1-800-662-5170
401-861-2273

SOUTH CAROLINA
Medicare Part B
Blue Cross and Blue Shield of South Carolina
Fontaine Road Business Center
300 Arbor Lake Drive, Suite 1300
Columbia, South Carolina 29223
1-800-868-2522

SOUTH DAKOTA
Medicare Part B/Blue Shield of North Dakota
4510 13th Avenue, S.W.
Fargo, North Dakota 58121-0001
1-800-437-4762
701-282-0691

AGENTES DE MEDICARE

Los agentes pueden contestar sus preguntas sobre el Seguro Médico (la Parte B)

TENNESSEE
Connecticut General Life Insurance Company
P.O. Box 1465
Nashville, Tennessee 37202
1-800-342-8900
615-244-5650

TEXAS
Medicare/Blue Cross & Blue Shield of Texas, Inc.
P.O. Box 660031
Dallas, Texas 75266-0031
1-800-442-2620
214-235-3433

UTAH
Medicare/Blue Shield of Utah
P.O. Box 30269
Salt Lake City, Utah 84130-0269
1-800-426-3477
801-481-6196

VERMONT
Medicare B
C and S Administrative Services
P.O. Box 9790
Portland, Maine 04104-5090
1-800-447-1142
207-828-4300

VIRGINIA
Counties of: Arlington, Fairfax;
Cities of Alexandria, Falls Church, Fairfax
P.O. Box 890100
Camp Hill, Pennsylvania 17089-0100
1-800-233-1124
717-763-3601
Rest of state: Medicare/The Travelers Ins. Co.
P.O. Box 26463
Richmond, Virginia 23261
1-800-552-3423
804-330-4786

WASHINGTON
Medicare
Washington State Medicare Part B
P.O. Box 91070, Seattle, Washington 98111-9170

(In Seattle)	1-800-422-4087 206-464-3711
(In Spokane)	1-800-572-5256 509-536-4550
(In Tacoma)	206-597-6530

WEST VIRGINIA
Medicare/Nationwide Mutual Insurance Co.
P.O. Box 57, Columbus, Ohio 43216
1-800-848-0106
614-249-7157

WISCONSIN
Medicare/WPS
Box 1787
Madison, Wisconsin 53701
1-800-362-7221
(In Madison) 608-221-3330
(In Milwaukee) 414-931-1071

WYOMING
Blue Cross/Blue Shield of Wyoming
P.O. Box 628
Cheyenne, Wyoming 82003
1-800-442-2371
307-632-9381

AMERICAN SAMOA
Medicare/Hawaii Medical Services Assn.
P.O. Box 860
Honolulu, Hawaii 96808
808-944-2247

GUAM
Medicare/Aetna Life and Casualty
P.O. Box 3947
Honolulu, Hawaii 96812
808-524-1240

NORTHERN MARIANA ISLANDS
Medicare/Aetna Life & Casualty
P.O. Box 3947
Honolulu, Hawaii 96812
808-524-1240

PUERTO RICO
Medicare/Seguros de Servicio de Salud de Puerto Rico
Call Box 71391
San Juan, Puerto Rico 00936
(In Puerto Rico) 800-462-7015
(In U.S. Virgin Islands) 800-474-7448
(In Puerto Rico metro area) 809-749-4900

VIRGIN ISLANDS
Medicare/Seguros de Servicio de Salud de Puerto Rico
Call Box 71391
San Juan, Puerto Rico 00926
(In U.S. Virgin Islands) 800-474-7448

ORGANIZACIONES DE REVISIÓN DE NORMAS PROFESIONALES DE MEDICARE (LAS PROS)

Los PROs pueden contestar preguntas sobre sus estadías en el hospital y otros servicios del Seguro Hospitalario (la Parte A). No llame al PRO con preguntas sobre el Seguro Médico de Medicare (Parte B).

ALABAMA
Alabama Quality Assurance Foundation, Inc.
Suite 600
600 Beacon Parkway West
Birmingham, AL 35206-3154
1-800-288-4992

ALASKA
Professional Review Organization for Washington
(PRO for Alaska)
Suite 100
10700 Meridian Avenue
North Seattle, WA 98133-9008
1-800-445-6941
(in Anchorage dial 562-2252)

AMERICAN SAMOA/GUAM AND HAWAII
Hawaii Medical Service Association
(PRO for American Samoa/Guam and Hawaii)
818 Keeaumoku Street
P.O. Box 860
Honolulu, HI 96808
1-808-944-3586*

ARIZONA
Health Services Advisory Group, Inc.
P.O. Box 16731
Phoenix, AZ 85011-6731
1-800-626-1577
(in Arizona dial 1-800-359-9909 or 1-800-223-6693)

ARKANSAS
Arkansas Foundation for Medical Care, Inc.
P.O. Box 2424
809 Garrison Avenue
Fort Smith, AR 72902
1-800-824-7586
(in Arkansas dial 1-800-272-5518)

CALIFORNIA
California Medical Review, Inc.
Suite 500
60 Spear Street
San Francisco, CA 94105
1-800-841-1602 (in-state only)
1-415-882-5800*

COLORADO
Colorado Foundation for Medical Care
1260 South Parker Road
P.O. Box 17300
Denver, CO 80217-0300
1-800-727-7086 (in-state only)
1-303-695-3333*

CONNECTICUT
Connecticut Peer Review Organization, Inc.
100 Roscommon Drive, Suite 200
Middletown, CT 06457
1-800-553-7590 (in-state only)
1-203-632-2008*

DELAWARE
West Virginia Medical Institute, Inc.
(PRO for Delaware)
3001 Chesterfield Place
Charleston, WV25304
1-800-642-8686 ext. 266
(in Wilmington dial 655-3077)

DISTRIC T OF COLUMBIA
Delmarva Foundation for Medical Care, Inc.
(PRO for D.C.)
9240 Centreville Road
Easton, MD 21601
1-800-645-0011
(in Maryland dial 1-800-492-5811)

FLORIDA
Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc.
PRO Review
P.O. Box 45267
Jacksonville, FL 32232-5267
1-800-964-5785 (in-state only)
904-791-8262

GEORGIA
Georgia Medical Care Foundation
Suite 200
57 Executive Park South
Atlanta, GA 30329
1-800-282-2614 (in-state only)
404-982-0411

HAWAII
Hawaii Medical Service Association
(PRO for American Samoa/Guam and Hawaii)
818 Keeaumoku Street
P.O. Box 860
Honolulu, HI 96808
1-808-944-3586*

* La PRO aceptará llamadas con cargos en este número.

ORGANIZACIONES DE REVISIÓN DE NORMAS PROFESIONALES DE MEDICARE (LAS PROS)

Los PROs pueden contestar preguntas sobre sus estadías en el hospital y otros servicios del Seguro Hospitalario (la Parte A). No llame al PRO con preguntas sobre el Seguro Médico de Medicare (Parte B).

IDAHO
Professional Review Organization for Washington
(PRO for Idaho)
Suite 100
10700 Meridian Avenue
North Seattle, WA 98133-9008
1-800-445-6941*
1-208-343-4617 (local Boise and collect)

ILLINOIS
Crescent Counties Foundation for Medical Care
350 Shuman Boulevard, Suite 240
Naperville, IL 60563
1-800-647-8089

INDIANA
Sentinel Medical Review Organization
2901 Ohio Boulevard
P.O. Box 3713
Terre Haute, IN 47803
1-800-288-1499

IOWA
Iowa Foundation for Medical Care
Suite 350E
6000 Westown Parkway
West Des Moines, IA 50265-7771
1-800-752-7014 (in-state only)
515-223-2900

KANSAS
The Kansas Foundation for Medical Care, Inc.
2947 S.W. Wanamaker Drive
Topeka, KS 66614
1-800-432-0407 (in-state only)
913-273-2552

KENTUCKY
Sentinel Medical Review Organization
10503 Timberwood Circle, Suite 200
P.O. Box 23540
Louisville, KY 40223
1-800-288-1499

LOUISIANA
Louisiana Health Care Review, Inc.
8591 United Plaza Blvd., Suite 270
Baton Rouge, LA 70809
1-800-433-4958 (in-state only)
504-926-6353

MAINE
Health Care Review, Inc.
(PRO for Maine)
Henry C. Hall Building
345 Blackstone Blvd.
Providence, RI 02906
1-800-541-9888 or 1-800-528-0700 (both numbers in Maine only)
1-207-945-0244*

MARYLAND
Delmarva Foundation for Medical Care, Inc.
(PRO for Maryland)
9240 Centreville Road
Easton, MD 21601
1-800-645-0011
(in Maryland dial 1-800-492-5811)

MASSACHUSETTS
Massachusetts Peer Review Organization, Inc.
300 Bearhill Road
Waltham, MA 02154
1-800-252-5533 (in-state only)
1-617-890-0011*

MICHIGAN
Michigan Peer Review Organization
40600 Ann Arbor Road, Suite 200
Plymouth, MI 48170
1-800-365-5899

MINNESOTA
Foundation for Health Care Evaluation
Suite 400
2901 Metro Drive
Bloomington, MN 55425
1-800-444-3423

MISSISSIPPI
Mississippi Foundation for Medical Care, Inc.
P.O. Box 4665
735 Riverside Drive
Jackson, MS 39296-4665
1-800-844-0600 (in-state only)
601-948-8894

MISSOURI
Missouri Patient Care Review Foundation
505 Hobbs Road, Suite 100
Jefferson City, MO 65109
1-800-347-1016

* La PRO aceptará llamadas con cargos en este número.

PROS

ORGANIZACIONES DE REVISIÓN DE NORMAS PROFESIONALES DE MEDICARE (LAS PROS)

Los PROs pueden contestar preguntas sobre sus estadías en el hospital y otros servicios del Seguro Hospitalario (la Parte A). No llame al PRO con preguntas sobre el Seguro Médico de Medicare (Parte B).

MONTANA
Montana-Wyoming Foundation for Medcial Care
400 North Park, 2nd Floor
Helena, MT 59601
1-800-332-3411 (in-state only)
1-406-443-4020*

NEBRASKA
The Sunderbruch Corporation - NE
1221 "N" Street, Suite 800
Lincoln, NE 69508
1-800-247-3004

NEVADA
Nevada Peer Review
675 East 2100 South, Suite 270
Salt Lake City, UT 84106-1864
1-800-558-0829 (in Nevada only)
(in Reno dial 1-702-826-1996)
1-702-385-9933*

NEW HAMPSHIRE
New Hampshire Foundation for Medical Care
15 Old Rollinsford Road
Dover, NH 03820
1-800-582-7174 (in-state only)
1-603-749-1641*

NEW JERSEY
Then Peer Review Organization of New Jersey, Inc.
Central Division
Brier Hill Court, Building J
East Brunswick, NJ 08816
1-800-624-4557 (in-state only)
1-201-238-5570*

NEW MEXICO
New Mexico Medical Review Association
707 Broadway N.E., Suite 200
P.O. Box 27449
Albuquerque, NM 87125-7449
1-800-432-6824 (in-state only)
505-842-6236
(In Albuquerque dial 824-6236)

NEW YORK
Island Peer Review Organization, Inc.
1979 Marcus Avenue, First floor
Lake Success, NY 11042
1-800-331-7767 (in-state only)
1-516-326-7767*
(in metro area and New York City dial 326-7767)

NORTH CAROLINA
Medical Review of North Carolina
Suite 200
P.O. Box 37309
1011 Schaub Drive
Raleigh, NC 27627
1-800-682-2650 (in-state only)
919-851-2955

NORTH DAKOTA
North Dakota Health Care Review, Inc.
Suite 301
900 North Broadway
Minot, ND 58701
1-800-472-2902 (in-state only)
1-701-852-4231*

OHIO
Peer Review Systems, Inc.
Suite 250
3700 Corporate Drive
Columbus, OH 43231-4996
1-800-233-7337

OKLAHOMA
Oklahoma Foundation for Peer Review, Inc.
Suite 400 The Paragon Building
5801 Broadway Extension
Oklahoma City, OK 73118-7489
1-800-522-3414 (in-state only)
405-840-2891

OREGON
Oregon Medical Professional Review Organization
Suite 200
1220 Southwest Morrison
Portland, OR 97205
1-800-344-4354 (in-state only)
503-279-0100*

* La PRO aceptará llamadas con cargos en este número.

ORGANIZACIONES DE REVISIÓN DE NORMAS PROFESIONALES DE MEDICARE (LAS PROS)

Los PROs pueden contestar preguntas sobre sus estadías en el hospital y otros servicios del Seguro Hospitalario (la Parte A). No llame al PRO con preguntas sobre el Seguro Médico de Medicare (Parte B).

PENNSYLVANIA
Keystone Peer Review Organization, Inc.
777 East Park Drive
P.O. Box 8310
Harrisburg, PA 17105-8310
1-800-322-1914 (in-state only)
717-564-8288

PUERTO RICO
Puerto Rico Foundation for Medical Care
Suite 605 Mercantile Plaza
Hato Rey, PR 00918
1-809-753-6705* or 1-809-753-6708*

RHODE ISLAND
Health Care Review, Inc.
Henry C. Hall Building
345 Blackstone Boulevard
Providence, RI 02906
1-800-221-1691 (New England-wide)
(in Rhode Island dial 1-800-662-5028)
1-401-331-6661*

SOUTH CAROLINA
Carolina Medical Review
101 Executive Center Drive
Suite 123
Columbia, SC 29210
1-800-922-3089 (in-state only)
803-731-8225

SOUTH DAKOTA
South Dakota Foundation for Medical Care
1323 South Minnesota Avenue
Sioux Falls, SD 57105
1-800-658-2285

TENNESSEE
Mid-South Foundation for Medical Care
Suite 400
6401 Poplar Avenue
Memphis, TN 38119
1-800-873-2273

TEXAS
Texas Medical Foundation
Barton Oaks Plaza Two, Suite 200
901 Mopac Expressway South
Austin, TX 78746
1-800-777-8315 (in-state only)
512-329-6610

UTAH
Utah Peer Review Organization
675 East 2100 South
Suite 270
Salt Lake City, UT 84106-1864
1-800-274-2290

VERMONT
New Hampshire Foundation for Medical Care (PRO for Vermont)
15 Rollinsford Road, Suite 302, Dover, NH 03820
1-800-639-8427 (in Vermont only)
1-802-655-6302*

VIRGIN ISLANDS
Virgin Islands Medical Institute
IAD Estate Diamond Ruby
P.O. Box 1566
Christiansted
St. Croix, U.S.A. VI 00821-1566
1-809-778-6470*

VIRGINIA
Medical Society of Virginia Review Organization
1606 Santa Rosa Road, Suite 235
P.O. Box K 70, Richmond, VA 23288
1-800-545-5320 (DC, MD and VA)
804-289-5320
(in Richmond, dial 289-5397)

WASHINGTON
Professional Review Organization for Washinton
Suite 100
10700 Meridian Avenue, North
Seattle, WA 08133-9008
1-800-445-6941
(in Seattle, dial 368-8272)

WEST VIRGINIA
West Virginia Medical Institute, Inc.
3001 Chesterfield Place, Charleston, WV 25304
1-800-642-8686, ext. 266
(in Charlestown, dial 346-9864)

WISCONSIN
Wisconsin Peer Review Organization
2090 Landmark Place, Madison, WI 53713
1-800-362-2320 (in-state only)
608-274-1940

WYOMING
Montana-Wyoming F oundation for Medical Care
400 North Park, 2nd Floor, Helena, MT 59601
1-800-826-8978 (in Wyoming only)
1-406-443-4020*

* La PRO aceptará llamadas con cargos en este número.

UN MENSAJE IMPORTANTE DE MEDICARE

SUS DERECHOS COMO PACIENTE MEDICARE MIENTRAS ESTA INTERNADO EN UN HOSPITAL

- Usted tiene el derecho de recibir todo el cuidado hospitalario necesario para hacer un diagnóstico correcto y darle el tratamiento apropiado para su enfermedad o lesión. De acuerdo con las leyes federales, solamente sus necesidades médicas deben determinar su fecha de alta, y no los 'DRGs' ni pagos de Medicare.

- Usted tiene el derecho de informarse completamente sobre las decisiones que afectan su cubierta y pagos de Medicare para su estadía en el hospital y cualquier servicio post-hospitalario.

- Usted tiene el derecho de solicitar una revisión por la organización de revisión de normas profesionales de cualquier Notificación escrita de Servicios No Cubiertos que usted reciba del hospital, que diga que Medicare ya no pagará su servicio hospitalario. Los PROs son grupos de médicos pagados por el Gobierno Federal con el fin de revisar necesidades médicas, la propiedad, y calidad de tratamiento hospitalario suministrado a los pacientes de Medicare. El número de teléfono y dirección del PRO en su área son:

MUESTRA

HABLE CON SU MEDICO SOBRE SU ESTADIA EN EL HOSPITAL

Usted, y su médico, deben saber más sobre su condición y sus necesidades más que cualquier otra persona. Usted y su médico deben hacer las decisiones sobre su tratamiento médico. Si tiene alguna pregunta sobre su tratamiento médico, sus necesidades para cuidado hospitalario futuro, su alta del hospital, o su posibles necesidades de cuidado hospitalario después de ser dado de alta del hospital, no vacile en preguntar a su médico. El representante de los pacientes o trabajador social del hospital también le ayudará con sus preguntas y preocupaciones sobre servicios hospitalarios.

SI USTED CREE QUE LE DIERON DE ALTA MUY TEMPRANO

- Pida inmediatamente al representante del hospital una notificación escrita de la explicación, si no la ha recibido. Esta notificación se llama una "Notificación de Servicios No Cubiertos". Usted debe tener esta Notificación de Servicios No Cubiertos si desea ejercer su derecho de pedir una revisión por el PRO.

- La Notificación de Servicios No Cubiertos le informa si su médico o el PRO está de acuerdo con la decisión del hospital de que Medicare ya no pagará su cuidado hospitalario.

    - Si el hospital y su médico están de acuerdo, el PRO no revisará su caso antes de emitir una Notificación de Servicios No Cubiertos. Sin embargo, el PRO responderá a su solicitud de una revisión de Notificación de Servicios No Cubiertos y le pedirá su opinión. No pueden obligar a pagar por su cuidado de hospital hasta que PRO tome su decisión, si solicita la revisión al mediodía del primer día laborable después de recibir de la Notificación de Servicios No Cubiertos.

    - Si el hospital y su médico no están de acuerdo, el hospital puede solicitar que el PRO revise su caso. Si el hospital hace tal solicitud, se le requiere enviarle a usted una notificación a tales efectos. En esta situación el PRO debe estar de acuerdo con el hospital o el hospital no puede emitir una Notificación de Servicios No Cubiertos. Usted puede solicitar que la PRO reconsidere su caso después de que reciba una Notificación de Servicios No Cubiertos, pero usted posiblemente tendría que pagar por lo menos un día de cuidado hospitalario antes de que el PRO termine con esta reconsideración ya que el PRO ya revisó su caso por lo menos una vez.

SI USTED NO SOLICITA UNA REVISION, EL HOSPITAL PUEDE FACTURARLE POR TODOS LOS GASTOS DE SU ESTADIA EMPEZANDO CON EL TERCER DIA DESPUES DE RECIBIR LA NOTIFICACION DE SERVICIOS NO CUBIERTOS. EL HOSPITAL, SIN EMBARGO, NO PUEDE COBRARLE EL SERVICIO HOSPITALARIO SIN PROVEERLE LA NOTIFICACION DE SERVICIOS NO CUBIERTOS.

COMO SOLICITAR UNA REVISION DE LA NOTIFICACION DE SERVICIOS NO CUBIERTOS:

- Si la Notificación de Servicios No Cubiertos dispone que su médico está de acuerdo con la decisión del hospital:
  - Usted debe solicitar la revisión al PRO al mediodía del primer día laborable después de recibir la Notificación de Servicios No Cubiertos comunicándose con el PRO vía telefónica o por escrito.
  - El PRO debe pedir su opinión sobre el caso antes de tomar una decisión. El PRO le informará vía telefónica o por escrito de su decisión sobre la revisión.
  - Si el PRO está de acuerdo con la Notificación de Servicios No Cubiertos, a usted se le pueden facturar todos los gastos de su estadía comenzando al mediodía del día después en que usted reciba la decisión del PRO.
  - Así, usted no es responsable por el costo de cuidado hospitalario antes de que usted reciba la decisión del PRO.
- Si la Notificación de Servicios No Cubiertos dispone que el PRO está de acuerdo con la decisión del hospital:
  - Usted debe solicitar una reconsideración al PRO inmediatamente después de recibir la Notificación de Servicios No Cubiertos comunicándose con el PRO vía telefónica o por escrito.
  - A la PRO le podría tomar hasta tres días laborables después de recibir de su solicitud para completar la revisión. El PRO le informará por escrito de su decisión sobre la revisión.
  - Ya que el PRO revisó su caso una vez, antes de emitir la Notificación de Servicios No Cubiertos, al hospital se le permite empezar a facturarle el costo de su estadía comenzando con el tercer día calendario después de que usted recibe su Notificación de Servicios No Cubiertos, aunque el PRO no haya terminado con su revisión.
  - Así, si el PRO continúa estando de acuerdo con la Notificación de Servicios No Cubiertos, usted posiblemente tenga que pagar por lo menos un día de cuidado hospitalario.

NOTA: El proceso descrito arriba se llama "revisión inmediata". Si a usted se le pasa la fecha límite para esta revisión inmediata mientras está en el hospital, todavía puede solicitar una revisión de la decisión de Medicare de dejar de pagar su cuidado en cualquier momento durante su estadía en el hospital o después de que le den de alta del hospital. La Notificación de Servicios No Cubiertos le dará instrucciones de cómo solicitar esta revisión.

CUIDADO DESPUES DE SALIR DEL HOSPITAL

Cuando su médico determina que usted ya no necesita todos los servicios especializados que se proveen en un hospital, pero todavía requiere cuidado médico, él o ella puede darle de alta a una facilidad de enfermería especializada o servicio de salud en el hogar. El planificador de altas en el hospital le ayudará a hacer los arreglos para que reciba los servicios que pudiera necesitar una vez dado/a de alta. Las pólizas de Medicare y las de seguro complementario ofrecen protección limitada para servicios en facilidades de enfermería especializada y para servicios de salud en el hogar. Por lo tanto, usted debe informarse sobre los servicios que se cubren y que no se cubren y como se hace el pago. Consulte con su médico, planificador de altas en el hospital, representante de pacientes, y su familia al hacer preparaciones de su cuidado después de que le den de alta del hospital. No vacile en hacer preguntas.

ACUSE DE RECIBO - Mi firma solamente acusa que he recibido este Mensaje de (nombre del hospital) en (fecha) y no representa una renuncia de mis derechos de solicitar una revisión ni me responsabiliza por ningún pago.

_____ _____

Firma de beneficiario/a o de la persona actuando por parte de/la beneficiario/a (Fecha de recibo)

INDICE ALFABETICO

Administración del Seguro Social elegibilidad por incapacidad, 1
inscripción, tarjetas, cantidades de las primas, preguntas, 1-2
agencia de inspección estatal, 13
ama de casa, servicios. Véase domésticos, servicios.
ambulancia, servicios de, 20
ambulatorios, pacientes, servicios cubiertos/no cubiertos, 18
ancianos, hogar para el cuidado de. Véase facilidad de enfermería especializada.
antígenos, 21
aparatos prostéticos, 20
aparatos médicos (Véase también equipos médicos, productos médicos). cuidado para el paciente interno, 11
apelación, derechos de, 27
apelación de decisiones sobre reclamaciones por agentes, 27
por intermediarios, 27
por las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud, 28
por las Organizaciones para la Revisión de Normas Profesionales, 27
por proveedores de los servicios de la Parte A, 27
asegurador secundario, 7-8
asegurador secundario de Medicare, 7-8
ayuda económica para beneficiarios con ingresos bajos, 4
ayudante médico, 17
bajos ingresos, ayuda. Véase ingresos bajos, ayuda.
beneficiario que cualifica para Medicare, 4
beneficios de seguro por compensación para trabajadores, 7
beneficios de veteranos, 8
calidad del cuidado. Véase también organizaciones de revisión de normas profesionales. querellas, 3
número de línea directa de fraude y abuso, 3
cancelación de la Parte B, 26
cáncer del seno, pruebas, 19
cargos aprobados, 22
carta de poder para cuidado de salud, 3
centros de salud cualificados a nivel federal, 19
Ciencias Cristianas, sanatorio, 12
cirugía electiva, 22
cirugía ambulatoria, 18 cosmética, 17 electiva, 17, 22 segunda opinión, 17
cirugía ambulatoria, servicios de, 18
cirugía cosmética, 17
CMP. Véase organizaciones de planes coordinados para el cuidado de la salud.
comparación de datos, 4, 18
compensación para trabajadores, beneficios de seguro. Véase beneficios de seguro por compensación para trabajadores.
comprar Medicare, para, 1, 25
corazón, trasplante, 20
coseguro, 1, 11, 13, 16, 29, 30
cuidado custodial, 9, 13
cuidado administrado. Véase organizaciones de cuidado coordinado de la salud.
cuidado razonable y necesario, 9
cuidado prepagado de la salud, organizaciones. Véase organizaciones para el cuidado coordinado de la salud.
cuidado psiquiátrico. Véase también enfermedad mental. cuidado psiquiátrico de hospital, 12
cuidado de descanso en un hospicio, 15
cuidados no cubiertos, 9
deducible anual, Parte B, 16, 30 de sangre, 11, 16, 19, 30 de seguro de hospital (Parte A), 11, 29 de seguro médico (Parte B), 16, 30
deducible anual de la Parte B, 16, 30
dentistas, servicios cubiertos, 17
descanso en un hospicio, cuidado de. Véase cuidado de descanso en un hospicio.
diagnósticas, pruebas, 19
diálisis. Véase enfermedad renal.
días de reserva, 11
direcciones, listas de Agentes de Medicare, 31-35 Organizaciones para la Revisión de Normas Profesionales, 36-39
Directorio de los médicos/suplidores participantes en Medicare, 22
directrices por adelantado, 3
doctores en osteopatía, 17
doctores. Véase médicos.
domésticos, servicios, 14
DRG. Véase Grupos de diágnósticos relacionados.
drogas y productos biológicos cubierta bajo la Parte A, 11, 14, 15 drogas inmunosupresivas, 21 factores de coagulación para hemofílicos, 21 vacuna contra la hepatitis B, 21 vacuna contra la pulmonía neumocócica, 21
económica, ayuda econ. para beneficiarios con ingresos bajos, 4
elegibilidad para no pagar la prima, 1
emergencia, servicios en la sala de. Véase sala de emergencia, servicios.
enfermedad pulmonar minera, beneficios para, 7
enfermedad terminal. Véase cuidado de hospicio.
enfermedad renal cancelación o pérdida de la protección de Medicare, 26 diálisis y trasplantes, 20 folleto de cubierta, 20, 26 Medicare como el asegurador secundario, 7, 7-8 y las organizaciones de cuidado coordinado de la salud, 6
enfermedad mental, tratamiento fuera del hospital, 18
enfermera comadrona certificada, 17
enfermera(o) registrada(o) y certificada(o) en anestesia, 17
enfermeras clínicas especialistas, psicólogos clínicos, trabajadores sociales clínicos, 17
enfermeras clínicas en anestesia, comadronas, practicantes y especialistas, 17
enfermeras privadas, 11, 13
Epoietina (EPO), 21
equipo médico duradero coseguro para el, 14 descripción, 20
equipos médicos (Véase también equipo médico duradero; aparatos médicos, productos médicos). cuidado de enfermería especializada, 13
Explicación de beneficios de la Parte B de Medicare, notificación, 24
extranjero, cuidado de hospital en el, 12
facilidad de enfermería especializada cuidado del paciente hospitalizado, 12-13 servicios cubiertos\no cubiertos, 12-13
facilidades para rehabilitación comprensiva (las CORF), 18-19
familiares, servicios ofrecidos por, 9
fármacos. Véase drogas.
fechas límites para la radicación de reclamaciones, 24
física, terapia. Véase terapia.
físicas, pruebas de rutina. Véase pruebas físicas de rutina.
fraude y abuso, 3-4
Grupos de diagnósticos relacionados (los DRG), 12
HCFA 1500, formulario, 23
hemofílicos, factores de coagulación para, 21
hepatitis B, vacuna, 21
hígado, trasplantes de. Véase trasplantes de hígado.
HMO. Véase organizaciones de cuidado coordinado de la salud.

hogar, agencias para la salud en el, 14
hogar, ayudantes de salud en el, 14
hogar, cuidado de la salud en el cubierta de la Parte A, 16 cubierta de la Parte B, 18
hospicio, cuidado y las organizaciones para el cuidado coordinado de la salud, 5 servicios cubiertos, 15
hospital, cuidado de h. para pacientes hospitalizados. Véase pacientes hospitalizados, cuidado de hospital.
hospital, seguro (Parte A). Véase seguro de hospital (Parte A).
hospitalización parcial para tratamiento de salud metal, 19
impedidas, personas cancelación o pérdida de la protección de Medicare, 26 elegibilidad de cubierta, 1 planes de salud del patrono, 7 procedimiento de inscripción, 1-2, 25-26
independientes, servicios de laboratorios. Véase servicios de laboratorios independientes.
ingresos bajos, ayuda, 4
inmunizaciones, 21
inmunosupresivas, drogas, 21
inscripción, procedimiento seguro de hospital (Parte A), 1-2, 25 seguro médico (Parte B), 1-2, 25
inscripción, tarjetas de Medicare, 2
inscripción en Medicare, 1-2
intermediarios y agentes apelación de decisiones, 27 descripción, 2
laboratorio, servicios de. Véase servicios de laboratorio.
libres de cargo, números de teléfono. Véase números de teléfono libres de cargo.
límites de los cargos, 22, 23, 30
límites de los cargos de médicos, 22, 23
límites de la responsabilidad, 9
línea directa de fraude y abuso, 3 fraude, Medigap. Véase Medigap, fraude.
mamografía, prueba de, 19
medicamentos. Véase drogas.
Medicare, Parte B. Véase seguro médico (Parte B).
Medicare "Buy-In", 4
Medicare, Parte A. Véase seguro de hospital (Parte A).
Medicare SELECT, 6-7
médico, ayudante. Véase ayudante médico.
médico, seguro (Parte B). Véase seguro médico (Parte B).
médicos participantes, 22 servicios cubiertos de m., 16-17
médicos y suplidores participantes, 22
médicos, equipos. Véase equipo médico.
médicos participantes, 22 servicios cubiertos, 16-17
médicos, aparatos. Véase aparatos médicos.
médicos, productos. Véase productos médicos.
médicos, suministros. Véase suministros médicos.
Medigap, fraude, 7
Medigap, seguro. Véase seguro de Medigap.
mensaje importante de Medicare, Un, 3, 40-41
mental, enfermedad. Véase enfermedad mental.
método de pago por asignación, 22
minera, enfermedad pulmonar, beneficios, 7
no cubierta lo que Medicare no cubre, 9 notificación de, 27
notificación de uso, 10, 27
número de reclamación, 2
números de teléfono libres de cargos agentes de Medicare, 31-35 información sobre el cáncer, 19 línea directa, fraude y abuso, 3 Medigap, fraude, 7 organizaciones para la revisión de normas profesionales, 36-39 segunda opinión, referidos, 17
ocupacional, terapia. Véase terapia.
ojos, examen, 17
optómetras, servicios cubiertos, 17
organizaciones para el cuidado coordinado de la salud (las HMO, los CMP) apelación de decisiones, 28 calidad del cuidado, 5 fraude, 4 inscripción y cubierta, 5
organizaciones para el cuidado prepagado de la salud. Véase organizaciones para el cuidado coordinado de la salud.
organizaciones para el mantenimiento de la salud (las HMO). Véase organizaciones para el cuidado coordinado de la salud.
organizaciones privadas de seguros, 6-7. Véase también intermediarios y agentes.
Organizaciones para la revisión de normas profesionales (las PRO) decisiones de apelación, 3, 27 descripción, 2-3 lista de direcciones y de números de teléfonos, 36-39 procedimiento de evaluación de querellas, 3
orientación, 15, 18
osteopatía, doctores en, 17
oxígeno, equipo. Véase equipo médico duradero.
pacientes ambulatorios, cuidado de hospital para, 17-18
pacientes hospitalizados, cuidado de hospital para condiciones de pago, 10-11 deducible y coseguro, 11 días de reserva, 11 hospitales extranjeros, 12 psiquiátrico, 12 sanatorio de las Ciencias Cristianas, 12 sangre, pago de, 11-12 servicios cubiertos/no cubiertos, 11
Pagos. Véase también deducibles. límite de la responsabilidad, 9 método de pago por asignación, 22 pagos de más, 17-18 por la sangre. Véase sangre. Parte A, 11 sistema de pagos prospectivos, 12
Pap. Véase Papanicolaou.
Papanicolaou, pruebas de, 19
parcial, hospitalización, para tratamiento de salud mental. Véase hospitalización parcial para tratamiento de salud mental.
Parte A. Véase seguro de hospital (Parte A).
Parte B. Véase seguro de hospital (Parte B).
participantes, doctores y suplidores. Véase médicos y suplidores participantes.
participantes, proveedores. Véase proveedores participantes.
patología del habla, 11, 15
período abierto de inscripción en Medigap, 6
períodos de beneficio cuidado de hospicio, 14 hospital y facilidad de enfermería especializada, 10
períodos de inscripción especiales, 25
pie, cuidado del, 17
planes médicos competitivos (los CMP). Véase organizaciones para el cuidado coordinado de la salud.
podiatras, servicios cubiertos, 17
PPS. Véase sistema de pagos prospectivos.
prima, Parte A, 1, 25, 29
prima, Parte B, 1, 25, 30
prima, elegibilidad para no pagarla. Véase elegibilidad para no pagar la prima.
PRO. Véase organizaciones para la revisión de normas profesionales.
productos médicos (Véase también aparatos médicos, equipos médicos). cuidado de hospicio, 15
profesionales especiales, 17
programa de honorarios, 22, 23
prostéticos, aparatos. Véase aparatos prostéticos.
proveedores, pago de, 10
proveedores participantes, 22
pruebas físicas de rutina, 16
pruebas diagnósticas, 19
psicólogos clínicos, 17
psiquiátrico, cuidado. Véase cuidado psiquiátrico.
pulmonía neumocócica, vacuna contra la. Véase vacuna contra la

pulmonía neumocócica.
quejas del beneficiario. Véase querellas.
querellas facilidad de enfermería especializada, 13 fraude de Medigap, 7 línea directa de fraude y abuso, 3 procedimiento de revisión, 2-3
quiropráctico, servicios cubiertos, 17
rayos X, servicios. Véase servicios de rayos X.
recetados, medicamentos. Véase drogas y productos biológicos.
reclamaciones beneficiario que ha fallecido, 24 explicación de notificación de beneficios, 24 fechas límite, 24 número de reclamación, 2 papel de los intermediarios y agentes, 2 procedimiento de sometimiento, 23-24 seguros además de Medicare, 6-8 Sistema de Retiro Ferroviario, 1, 2 sometimiento de reclamación para cuidado de salud en el hogar, 14
renal, enfermedad. Véase enfermedad renal.
renuncia a la responsabilidad, 9
riñón, enfermedades del. Véase enfermedad renal.
rurales de salud, servicios de clínicas. Véase servicios de clínicas rurales de salud.
rutina, exámenes físicos de, 16
sala de emergencia, servicios, 18
sangre cantidad deducible, 11, 16, 29, 30 cuidados de salud en el hogar, transfuciones, 14 facilidad de enfermería especializada, transfuciones, 13 factores de coagulación para hemofílicos, 21 pacientes ambulatorios, transfuciones, 18 pacientes internos en hospital, transfuciones, 11
segunda opinión antes de una intervención quirúrgica, 17
seguro de hospital (Parte A) cancelación o pérdida de la protección, 26 coseguro, 1, 10, 13, 16, 29 compra, 1, 25 cubierta, 10-15 decisiones de apelación, 27 deducible, 11, 29 derechos del paciente, 3, 5, 27, 40 elegibilidad, 1 no cubierta, notificación de, 27 períodos de beneficios, 10, 14-15 primas, libre de primas, 1, 25 procedimiento de inscripción, 1-2, 25 sistema de pagos prospectivos, 12
seguro médico (Parte B) cancelación o pérdida de la protección, 26 cantidades de los deducibles y de los coseguros, 22, 30 cantidad de la prima, 30 cargos aprobados, 22-23 compra, 1, 25 cubierta, 16-21 decisiones de apelación, 27-28 doctores y suplidores participantes, 22 elegibilidad, 1 método de pago por asignación, 22 notificación explicativa de los beneficios, 24 procedimiento de inscripción, 1-2, 25 proveedores participantes, 22 reclamaciones, 22-24
seguro de Medigap compra, 6-7 fraude, línea directa, 7
seguro complementario. Véase seguro de Medigap.
Seguro Social, Administración. Véase Administración del Seguro Social.
seguro. Véase también seguro de hospital (Parte A); seguro médico (Parte B). complementario, 6, 7 prácticas de venta ilegales, penalidades y multas, 7 que no sean Medicare, radicación de reclamaciones, 7, 8
servicios de laboratorios independientes, 19
servicios de clínicas rurales de salud, 19
servicios de rehabilitación. Véase terapia.
servicios de laboratorio laboratorio independiente, 19 paciente hospitalizado, 11 rayos X portátiles, 19
servicios no cubiertos. Véase no cubierta
servicios de rayos X, 11, 20
servicios que no están cubiertos, 9
sicólogos clínicos, 17
sillas elevadoras de asientos. Véase equipo médico duradero.
sillas de ruedas. Véase equipo médico duradero.
sistema de pagos prospectivos (PPS), 12
solicitud para Medicare, procedimiento de s., 1-2
suministros médicos (equipos médicos, productos médicos), 11, 13, 15, 20-21 descripción, 20-21
suministros. Véase suministros médicos.
suscripción, Véase inscripción.
tarjetas de Medicare, 2
teléfono, números libres de cargos. Véase números de teléfono libres de cargo.
terapia del habla. Véase terapia.
terapia de radiación, 20
terapia respiratoria. Véase terapia.
terapia cuidado de hospicio, cubierta, 15 cuidado de salud en el hogar, 14 facilidad de enfermería especializada, 13 física, 11, 14, 15, 16, 18 habla, 14, 18 ocupacional, 11, 14, 15, 16, 18 paciente ambulatorio, cubierta, 18 paciente hospitalizado, cubierta, 11 radiación, 11, 20 respiratoria, 18 servicios en una facilidad de rehabilitación comprensiva, 18-19 servicios médicos, cubierta, 16
terminal, enfermedad. Véase cuidado de hospicio.
testamento en vida, 3
trabajador social clínico, 17
trasplantes de hígado, 20
vacuna contra la pulmonía neumocócica, 21
vacunas, 21
veteranos, beneficios. Véase beneficios de veteranos.
vista, examen. Véase ojos, examen.

☆ U.S. G.P.O. 1993-342-230:80012

OTRAS PUBLICACIONES SOBRE MEDICARE

Guía de Seguros Médicos para Personas con Medicare (515-Z)
Explica lo que Medicare paga y no paga, clases de seguros de salud privado para suplementar a Medicare, y ofrece ideas para buscar seguros de salud privados.

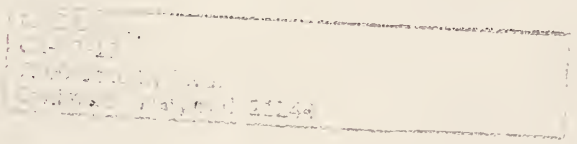
Medicare: Beneficios de Hospicio (605-Z)
Describe el alcance de servicios médicos y los servicios de apoyo, disponibles a beneficiarios de Medicare con enfermedades terminales.

Medicare y los Planes de Cuidado Coordinado (606-Z)
Describe los servicios de salud disponibles a los beneficiarios de las organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMOs).

Medicare: Cubierta de Segundas Opiniones Quirúrgicas (550-Z).
Explica la importancia de obtener una segunda opinión para cirugía que no sea de emergencia, describe la cubierta de gastos por Medicare, y ofreces sugerencias para conseguir a un especialista en su área.

Medicare: Planes de Salud del Patrono (607-Z)
Explica las reglas especiales que aplican a los beneficiarios de Medicare que tienen protección bajo un plan grupal de salud con un patrono.

Cubierta de Mediacre de Servicios de Diálisis Renal y Trasplantes del Riñon: un Suplemento a su Manual Medicare (608-Z)
Describe los beneficios de Medicare para personas con fallo permanente del riñón.



Para pedir una de estas publicaciones o más gratis, llene y envíe la hoja de pedido abajo a:

Consumer Information Center
Departamento 70
Pueblo, CO 81009
Las cantidades podrían estar limitadas. Espere entre 6 y 8 semanas para entrega.

Favor de recortar aquí y enviar por correo.

Indique los folletos que desee, llene su nombre y dirección, y envíe esta hoja de pedido a: Consumer Information Center, Departamento 59, Pueblo, CO 81009.

- ❑ **Guía de Seguros Médicos para Personas con Medicare** (515-Z)
- ❑ **Medicare: Beneficios de Hospicio** (605-Z)
- ❑ **Medicare y los Planes de Cuidado Coordinado** (606-Z)
- ❑ **Medicare: Cubierta de Segundas Opiniones Quirúrgicas** (550-Z).
- ❑ **Medicare: Planes de Salud del Patrono** (607-Z)
- ❑ **Cubierta de Medicare de Servicios de Diálisis Renal y Trasplante del Riñon: un Suplemento a su Manual de Medicare** (608-Z)

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____ Zona Postal _____

U.S Department of Health and Human Services
Health Care Financing Administration
6325 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21207-5187

Pub. No. HCFA-10950 SP
HCFA ICN 003196
SSA ICN 486250
Revised 1993